

OIPIP

Siedlce



BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W SIEDLCACH – Nr 33/VI/2/2012

Marzec

2012

Program samorządu pielęgniarek i położnych na VI kadencję

***Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego
w świetle aktualnych przepisów prawnych***

***„Leczenie ran przewlekłych w środowisku
wilgotnym” – sprawozdanie z konferencji
z dnia 10 lutego 2012r.***

Realizacja ustawowego obowiązku

Konkursy...



SPIS TREŚCI

Str. 2

Życzenia Świąteczne

Str. 2

Program samorządu pielęgniarek i położnych na VI kadencję

Str. 4

Kalendarium Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach

Str. 5

Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego w świetle aktualnych przepisów prawnych

Str. 8

Koordynator transplantacyjny – funkcja dla odważnych

Str. 10

Zaproszenie dla absolwentów szkoły medycznej w Łańcut

Str. 11

„Leczenie ran przewlekłych w środowisku wilgotnym” – sprawozdanie z konferencji z dnia 10 lutego 2012r.

Str. 17

Życzenia dla pielęgniarek

Str. 17

Realizacja ustawowego obowiązku

Str. 18

Informacja w sprawie obowiązku i wysokości opłacania składki członkowskiej

Str. 18

Z prac komisji ds. kontraktowania świadczeń przy NRPiP

Str. 19

Regulamin Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w sprawie refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

Str. 21

Regulamin Komisji ds. Pomocy Socjalnej

Str. 23

Oświadczenie prezesów samorządów zawodowych dotyczące Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą.

Str. 24

Stanowisko ORPiP w Siedlcach w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na kierownicze stanowiska w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Str. 25

Zaproszenie na konferencję „Pielęgniarstwo psychiatryczne” - integracja i rozwój

Str. 26

Konkurs plastyczny – „Pielęgniarka w oczach dziecka”

Str. 26

II Ogólnopolski Konkurs dla studentów na Najlepszego Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce

Str. 27

Informacja Prasowa w sprawie II Ogólnopolskiego Konkursu dla studentów na Najlepszego Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce

Str. 28

28 Regulamin Konkursu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego dla studentów na Najlepszego Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce

Str. 29

Informacja o Ubezpieczeniu OC



Życzenia Radosnych Świąt Wielkanocnych

*wypełnionych nadzieją budzącą się do życia
wiosny i wiarą w sens życia.*

Pogody w sercu i radości płynącej z faktu

Zmartwychwstania Pańskiego

*oraz smacznego Świąconego w gronie
najbliższych osób życzy*



**Przewodnicząca i Członkowie
ORPiP w Siedlcach**



**Uchwała nr 16 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie programu samorządu
pielęgniarek i położnych na okres VI kadencji tj. lata 2011-2015**

Na podstawie art. 31 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. z 1996 r. Nr 24 poz. 110 i Nr 91 poz. 410, z 1998 r. Nr 106 poz. 668, z 2000 r. Nr 120 poz. 1268, z 2002 r., Nr 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, obradujący w dniach 6-8 grudnia 2011 r. w Warszawie, jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych, przedstawia niniejszym priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się kadencję.

I. W sprawach dotyczących organizacji opieki zdrowotnej i finansowania ochrony zdrowia:

1. dążyć do umacniania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – gwarantującego społeczeństwu równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej,
2. postulować bieżącą aktualizację tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
3. wnioskować o wzrost nakładów środków publicznych na ochronę zdrowia do poziomu gwarantującego społeczeństwu bezpieczeństwo zdrowotne,
4. zabiegać o wdrożenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego jako zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

II. W sprawach dotyczących autonomii środowiska pielęgniarek i położnych:

1. dążyć do wzmacniania samodzielności i poszerzenia zakresu kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych,
2. doprowadzić do pilnej nowelizacji przepisów wykonawczych do nowych aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, w tym przede wszystkim Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne samodzielnie,
3. realizować zadania organów samorządu zawodowego w zakresie odpowiedzialności zawodowej poprzez upowszechnianie przepisów dotyczących wykonywania zawodu, praw pacjenta, a także zasad Kodeksu Etyki Zawodowej oraz podejmowanie wśród członków samorządu działań mających na celu prewencję wykroczeń zawodowych,
4. zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w pracach organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej w celu reprezentowania: zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów oraz interesów pacjentów,

5. zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w pracach administracji rządowej i samorządowej na wszystkich poziomach, mając na celu podejmowanie decyzji dotyczących ustalania warunków wykonywania zawodów,
6. występować do NFZ w obronie interesów gospodarczych pielęgniarek i położnych będących samodzielnymi świadczeniodawcami,
7. dążyć do wprowadzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Pielęgniarskich (ICNP) oraz wyceny świadczeń pielęgniarskich i położniczych przy współpracy towarzystw naukowych, organizacji, instytucji działających w ochronie zdrowia,
8. czynić dalsze starania dla stworzenia korzystnych regulacji podatkowych dla pielęgniarek i położnych, a w szczególności możliwości odliczania od podatku kosztów ponoszonych na kształcenie podyplomowe oraz składek członkowskich z tytułu przynależności do samorządu zawodowego,
9. zabiegać o poprawę sytuacji ekonomicznej pielęgniarek i położnych.

III. W sprawach dotyczących kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych: dostosowanie systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych do potrzeb rynku świadczeń zdrowotnych i Traktatu Bolońskiego „Kształcenie przez całe życie”

1. wprowadzić system kształcenia ustawicznego z określeniem punktów edukacyjnych i zasad ich zdobywania oraz rozliczania,
2. zaktualizować dziedziny, czas trwania, programy, tryb kształcenia oraz kryteria i warunki prowadzenia specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych,
3. określić ramy kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych form kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych,
4. dążyć do zapewnienia pielęgniarkom i położnym dogodnych warunków do podjęcia doskonalenia zawodowego oraz wspierać pielęgniarki i położne uczestniczące w różnych formach kształcenia podyplomowego,
5. współdziałać z organizacjami w kraju i za granicą skupiającymi pielęgniarki i położne.

IV. W sprawach dotyczących organizacji pracy pielęgniarki i położnej:

1. wnioskować do Prezesa NFZ o wprowadzenie zarządzeniem Prezesa NFZ obsad pielęgniarskich i położniczych na zmianie pracowniczej z uwzględnieniem liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych (mgr pielęgniarstwa, specjalista w określonej dziedzinie, kurs kwalifikacyjny w określonej dziedzinie, kursy specjalistyczne), wymaganych na danym stanowisku w poszczególnych oddziałach szpitalnych i innych stacjonarnych oraz niestacjonarnych podmiotach leczniczych (publicznych i niepublicznych), uzależnić zawarcia umowy i wartości kontraktu od kwalifikacji pielęgniarek i położnych,
2. opracować sposób oraz zasady nadzoru merytorycznego nad funkcjonowaniem indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych, w tym na terenie podmiotów leczniczych,
3. zwiększyć zakres udziału pielęgniarek i położnych w realizacji programów profilaktycznych,
4. propagować wdrożenie pielęgniarstwa edukatora zdrowia do stacjonarnych podmiotów lecznictwa zamkniętego (specjalisty),
5. określić rolę pielęgniarki w zakresie nadzoru nad realizacją świadczeń opiekuna medycznego.

V. Inne działania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych:

1. chronić samorządność zawodową jako instytucję zaufania publicznego,
2. doskonalić system komunikacji wewnątrz samorządu pielęgniarek i położnych,
3. działać na rzecz integracji środowiska pielęgniarek i położnych,
4. bronić dobrego imienia pielęgniarek i położnych, udzielać im wsparcia prawnego w zakresie wykonywania zawodu,
5. kreować pozytywny wizerunek pielęgniarki i położnej poprzez:
 - wystąpienia do instytucji i mass-mediów, aby ekspertami w tematyce zawodowej były odpowiednio pielęgniarki i położne,
 - publikowanie artykułów o roli i zadaniach pielęgniarki i położnej w prasie ogólnie dostępnej, internetowej oraz udział w audycjach radiowych i telewizyjnych,
 - podawanie do publicznej wiadomości stanowiska samorządu w odniesieniu do zdarzeń pozytywnych i negatywnych w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych,
6. działać na rzecz rozwoju form samopomocowych i udzielać członkom samorządu wsparcia w trudnych sytuacjach losowych,
7. podtrzymywać tradycje opieki nad seniorami zawodów pielęgniarki i położnej,
8. interweniować w sprawach pracowniczo-zawodowych, współpracować z organizacjami i stowarzyszeniami zawodowymi w kraju i zagranicą.

§ 2. Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

KALENDARIUM OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SIEDLCACH 23 LISTOPADA 2011 R. - 30 MARCA 2012 R.

Data	Wydarzenie
23 listopada 2011 r.	Pierwsze posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
25 listopada 2011 r.	Udział Członków ORPiP w uroczystości organizowanej przez Zespół Medycznych Szkół Policealnych w Siedlcach, w związku z nadaniem szkole im. prof. Zbigniewa Religi.
03 grudnia 2011 r.	Udział Przewodniczącej ORPiP w konferencji z Okazji Międzynarodowego Dnia Osób Niepełnosprawnych zorganizowanej przez „Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach” Sp. z o.o.
6 - 8 grudnia 2011 r.	Udział Członków ORPiP (Delegatów) w Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych.
6 grudnia 2011 r.	Udział Przewodniczącej ORPiP w konferencji „Mediacje czyli jak polubownie rozwiązać spór” organizowanej przez Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny i Wschodnią Izbę Gospodarczą.
8 grudnia 2011 r.	Udział Przedstawiciela ORPiP w konferencji z zakresu monitorowania podmiotów leczniczych.
15 grudnia 2011 r.	Pierwsze posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.
16 grudnia 2011 r.	Udział Przewodniczącej ORPiP i Skarbnika w spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia organizowanym w sprawie zasad współpracy.
20 grudnia 2011 r.	Pierwsze posiedzenie Prezydium ORPiP w Siedlcach.
2 stycznia 2012 r.	Posiedzenie Komisji ds. pomocy społecznej.
3 - 5 stycznia 2012 r.	Udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
17 stycznia 2012 r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach.
26 stycznia 2012 r.	Udział Przewodniczącej ORPiP w konferencji zorganizowanej z okazji 20-lecia TU Inter Polska S.A.
3 lutego 2012 r.	Pierwsze posiedzenie Komisji ds. opieki długoterminowej.
10 lutego 2012 r.	Udział Przewodniczącej w konferencji „Leczenie ran w środowisku wilgotnym” organizowanej przez „Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach” Sp. z o.o.
10 lutego 2012 r.	Spotkanie z delegatami rejonów wyborczych NR 6,7,8 (Sokołów Podlaski).
11 lutego 2012 r.	Udział Przedstawiciela ORPiP w egzaminie kończącym kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – program dla pielęgniarek.
14 lutego 2012 r.	Udział Przedstawiciela ORPiP w egzaminie kończącym kurs specjalistyczny – Resuscytacja krążeniowo-oddechowa – program dla pielęgniarek i położnych.
15 lutego 2012 r.	Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.
20 lutego 2012 r.	Posiedzenie Komisji ds. pomocy społecznej.
20 lutego 2012 r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach.
24 lutego 2012 r.	Udział Przedstawiciela ORPiP w egzaminie kończącym kurs specjalistyczny – Leczenie ran – program dla pielęgniarek.
27 lutego 2012 r.	Spotkanie z delegatami rejonów wyborczych Nr 1, 2,3, („Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach” Sp. z o.o.)
1 marca 2012 r.	Udział Przedstawiciela ORPiP w egzaminie kończącym kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego dializoterapią – program dla pielęgniarek.
7 marca 2012 r.	Spotkanie z delegatami rejonów wyborczych Nr 9,10,11,12,13 (Powiat łukowski)
7 marca 2012 r.	Posiedzenie Komisji ds. opieki długoterminowej.
12 marca 2012 r.	Spotkanie z delegatami rejonów wyborczych Nr 15, 16, 17, 18 (SPZOZ w Mińsku Mazowieckim)
13 marca 2012 r.	Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego
14 marca 2012 r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Siedlcach.
16 marca 2012 r.	Udział Przedstawiciela ORPiP w egzaminie kończący kurs specjalistyczny - Wykonanie i interpretacja zapisu EKG – program dla pielęgniarek i położnych.
20 marca 2012 r.	Spotkanie z delegatami rejonów wyborczych Nr 27, 28, 29 (SPZOZ w Siedlcach)
26 marca 2012 r.	Spotkanie z delegatami rejonów wyborczych Nr 19, 20, 21 (SPZOZ w Wegrowie)
27 – 29 marca 2012 r.	Udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
30 marca 2012 r.	XXVI Okręgowy Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach

ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W ŚWIELE AKTUALNYCH PRZEPISÓW PRAWNYCH

W procesie leczenia, w tym diagnozowania, pielęgnowania **wola pacjenta** wyznacza zakres i warunki ingerencji medycznej w organizm pacjenta i zawsze powoduje naruszenie jego nietykalności cielesnej.

Udzielanie świadczenia zdrowotnego - działania służącego zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania: art. 2.1.pkt 10 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.) - jest zgodnie z prawem cywilnym, jest wkroczeniem w prawnie chronioną sferę pacjenta. Regulowana jest ona zarówno przez przepisy prawa międzynarodowego, europejskiego jak również przepisy wewnętrzne naszego Państwa.

Normatywne korzenie zgody pacjenta wynikają wprost z zasad konstytucyjnych, zaś na podstawie Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny – Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, art. 32 i 34 ustawy o zawodzie lekarza (tj. Dz. U. 2011 r. Nr 277, poz. 1634), art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej, Kodeksu Etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj .Dz. U. Z 2012 r. Nr 0 poz. 159) **uprawnienie do wyrażania zgody jest podstawowym i niezbywalnym prawem każdego pacjenta**. Zgoda pacjenta przesądza zarówno o kwestii legalności świadczonych usług medycznych jak i granicy przedmiotowej ingerencji medycznej, zakreślając jej obszar z uwzględnieniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej, dostępnych środków, stosowanych metod zapobiegania, rozpoznawania oraz leczenia.

Zgoda to oświadczenie woli, to przejaw autonomicznego wyboru, który może być potwierdzony na piśmie lub w innej formie.

Zgodnie z art. 9 ustawy o prawach pacjenta **każdy pacjent ma prawo do rzetelnej informacji na temat stanu swojego zdrowia**.

Dopiero po jej uzyskaniu może wyrazić zgodę (lub jej odmówić) na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych.

Co więcej - zgodnie z art. 15, 16 i 18 – lekarz, pielęgniarka (każdy w swoim zakresie) ma obowiązek udzielenia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji, w formie przystępnej, na temat stanu zdrowia pacjenta, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, pielęgnacyjnych, o możliwych do przewidzenia następstwach ich zastosowania lub zaniechania, o wynikach leczenia oraz rokowaniach.

Zgoda pacjenta jest to jednostronne, odwołalne oświadczenie mocą, którego wyłączona zostaje bezprawność interwencji medycznej (w granicach prawnie dopuszczalnych) przy jednoczesnym przejęciu przez pacjenta (lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu) ryzyka zwykłych następstw związanych z udzielanym świadczeniem. Dla skuteczności zgody pacjenta na dokonanie zabiegu medycznego istotne znaczenie ma moment jej udzielenia - powinna poprzedzać świadczenie zdrowotne.

Zgoda następcza tj. wyrażona już po udzieleniu świadczenia, nie ma mocy prawnej. Dla wykazania legalności swojego działania medycznego lekarz nie może się, zatem powoływać na fakt, iż pacjent potem je zaakceptował.

Zgoda pacjenta ma charakter odwołalny. Pacjent może ją skutecznie cofnąć zarówno przed przystąpieniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak i w trakcie jego udzielania.

Aby zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego była poprawna, musi spełniać określone warunki tj.

- osoba udzielająca zgody musi być uprawniona do jej udzielenia,
- wyrażenie zgody, musi być wynikiem swobodnej decyzji osoby ją składającej powstałej na gruncie należytego rozpoznania okoliczności faktycznych,
- zgoda powinna być wyrażona w stosownej, przewidzianej prawem formie.

Osobą uprawnioną do wyrażania zgody jest "pacjent" - nie tylko osoba chora, ale "pacjentem", w rozumieniu ustawy o zawodzie lekarza, jest każda osoba badana bądź, której udzielane jest jakiegokolwiek świadczenie zdrowotne.



Konieczność odbierania zgody pacjenta dotyczy także farmakoterapii, szczególnie tej o podwyższonym ryzyku wystąpienia powikłań lub objawów niepożądanych (badania kliniczne).

Zatem zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego musi być udzielona przez osobę zdolną do jej wyrażenia, a zatem może ją wyrazić tylko pacjent, którego stan zdrowia pozwala na przyjęcie ze zrozumieniem informacji udzielanej mu przez lekarza i podjęcie decyzji co do poddania się określonym działaniom medycznym lub co do odmowy poddania się im. Obowiązkiem lekarza jest ocena stanu zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta, który wskazuje, czy może on wyrazić zgodę w sposób świadomy.

Zatem **dla ważności wyrażenia zgody nie jest decydujące uzyskanie formalnej pełnoletności, lecz stopień dojrzałości pozwalający na rozeznanie własnego położenia i skutki wynikające z poddania się lub niepoddania zabiegowi lekarskiemu.**

FORMA ZGODY

Zgoda pacjenta musi być powzięta (wewnętrzny akt decyzji) i **zakomunikowana** (uzewnętrzniona) oraz być uprzednio wyrażona przed zabiegiem a nie w jego trakcie lub po. Ponadto zgoda musi **mieć charakter pozytywny** (co oznacza, że brak sprzeciwu nie jest zgodą). Powyższe elementy składają się na fundament rozumienia **zgody** jako **świadomej**.

W prawie medycznym funkcjonują obecnie dwie formy zgody: **pisemna i zwykła. Forma zwykła polega na wyrażeniu zgody ustnie lub w sposób dorozumiany** (tzw. **zgoda konkludentna**).

Zgoda konkludentna (dorozumiana) wyrażana jest nie za pomocą słów czy pisma, ale przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym (np. rozebranie się pacjenta w gabinecie lekarskim poprzedzone propozycją zbadania pacjenta, czy podwiniecie rękawa koszuli i wystawienie ręki do pobrania krwi w laboratorium analitycznym). Zgoda dorozumiana jest to zgoda pokrywająca się z treścią woli zgadzającego się podmiotu, który ujawnia bez użycia słów, potwierdzenie: tak zgadzam się. Z uwagi na swój charakter zgoda dorozumiana może wywoływać problemy, dlatego powoływanie się na nią dopuszcza się tylko w sytuacjach najprostszych. Forma zwykła jest wystarczająca, gdy ustawa nie żąda wyrażnie udzielenia zgody w formie szczególnej.

Formą szczególną występującą w prawie medycznym jest forma **pisemna**. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza formy pisemnej wymaga zgoda na wykonania zabiegu operacyjnego lub, gdy w trzeba zastosować taką metodę leczenia lub diagnostyki, która stanowią podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz na udział w eksperymencie medycznym. Eksperyment medyczny może mieć charakter leczniczy lub badawczy. Eksperyment leczniczy polega na zastosowaniu w trakcie leczenia nowych metod, technik i procedur, które dotychczas były nieznane lub nieznane częściowo a jego podstawowym celem jest leczenie pacjenta. Eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Osoba decydująca się wziąć udział w eksperymencie medycznym musi być uprzednio poinformowana o celach, sposobach oraz warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach, ryzyku oraz możliwości odstąpienia od udziału w każdym stadium jego trwania. Podstawową przesłanką dopuszczalności eksperymentu jest zgoda uczestnika na przeprowadzenie tego typu badania. Zgoda pisemna (jeżeli niemożliwe jest jej wyrażenie) może być w tym wypadku zastąpiona zgodą ustną złożoną w obecności dwóch świadków. Jeśli chodzi o eksperyment medyczny, to przepisy wyraźnie przewidują możliwość wycofania zgody przez pacjenta. Zgoda może być odwołana przez pacjenta, w każdym stadium eksperymentu.

Zgoda pacjenta (lub osób wyrażających zgodę w jego imieniu) może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Jest to tzw. zgoda konkludentna, wyrażana poprzez takie zachowanie pacjenta, które wskazuje jednoznacznie na wolę poddania się proponowanym świadczeniom medycznym np. podanie ręki celem pobrania krwi do badań diagnostycznych.

Jednakże w przypadku zabiegów operacyjnych lub stosowania metod leczenia (lub diagnostyki) o podwyższonym ryzyku dla pacjenta - lekarz musi uzyskać pisemną zgodę pacjenta. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji zabiegów podwyższonego ryzyka lekarz ma obowiązek udzielenia mu wyczerpującej informacji.

Pisemna zgoda winna zawierać rodzaj zabiegu, jakiemu ma się poddać pacjent wraz ze wskazaniem wybranej metody, a także oświadczenie pacjenta o zapoznaniu go z typowymi i przewidywalnymi możliwymi powikłaniami, powikłaniami nietypowymi oraz ryzyku zabiegu i jego następstwach. Akt zgody pacjenta powinien zamykać własnoręczny podpis pacjenta i lekarza odbierającego zgodę. W przypadku niemożności podpisania zgody własnoręcznie przez pacjenta, powinny być na oświadczeniu podpisy osób potwierdzających wolę pacjenta ze wskazaniem przyczyny braku podpisu chorego.

W takiej formie zgody udziela również pacjent małoletni, który ukończył lat 16. Zgodę można wyrazić przed dokonaniem interwencji medycznej lub w jej trakcie (jeżeli jest to możliwe). Pacjent ma również prawo cofnąć swoją zgodę na udzielenie świadczenia medycznego, przed jego wykonaniem.

Zabieg wykonywany bez zgody pacjenta, jego przedstawiciela lub zgody sądu opiekuńczego jest bezprawny, a bezprawności tej nie wyłącza nawet zgoda wyrażona już po zabiegu. Działanie lekarza bez zgody pacjenta narusza jego dobra osobiste, lekarz zaś naraża siebie na odpowiedzialność karną, cywilną (naruszenie dobra osobistego pacjenta jakim jest życie i zdrowie) oraz dyscyplinarną. Niedopuszczalne jest również stosowanie tzw. zgody blankietowej. Pacjent musi wyrazić zgodę na udzielenie mu konkretnych świadczeń zdrowotnych.

Zgoda świadoma

Wyrażona przez pacjenta zgoda musi być zgodą świadomą. Nie można w żadnym razie twierdzić, że niewyrażenie sprzeciwu stanowi zgodę - zwłaszcza, jeśli pacjent nie uzyskał niezbędnej informacji. Zgoda musi dotyczyć konkretnego działania. Nie ma prawnego znaczenia zgoda blankietowa - np. taka, jaka bywa odbierana przy przyjęciu do poradni lub szpitala, w ramach której pacjent składa oświadczenie, że zgadza się na leczenie. Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju wykonywanego zabiegu, przy czym zakres ten najdalej sięga w przypadku zabiegów, za którymi nie przemawiają bezwzględne wskazania, a są przeprowadzane głównie dla celów estetycznych. Wymaganie zgody pacjenta na podjęcie zabiegu głównie dla celów estetycznych jest zachowane wtedy, gdy został on uprzednio dostatecznie poinformowany także o szczególnych - czyli wszelkich mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia skutkach zabiegu. Podkreślić więc trzeba, że lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę nie dotyczącą techniki medycznej, a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda "nieobjaśniona" i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć "poinformowaną" i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu.

Zmiana zakresu zabiegu w jego trakcie.

Zgodnie z art. 35 ustawy o zawodzie lekarza, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

O okolicznościach tych lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

Udzielanie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta.

Zgodnie z art. 33 ustawy o zawodzie lekarza, badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. W takich okolicznościach decyzję o podjęciu czynności medycznych lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Okoliczności te, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta. Przepis ten odnosi się do sytuacji szczególnych, zagrożenia życia lub zdrowia. W takim przypadku dokonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta lub innych uprawnionych osób nie wywołuje skutków w postaci odpowiedzialności karnej z art. 192 k.k. Również zgodnie z art. 34 ust. 7 lekarz może wykonać zabiegi operacyjne lub stosować metody leczenia (lub diagnostyki) o podwyższonym ryzyku dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnięcia opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny – Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (przyjęta przez Komitet Ministrów 19.11.1996 r.),

Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej.

Przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku.

Osoba poddana interwencji może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2012 r. Nr 0, poz. 159)

Zgodnie z Rozdziałem 5 **Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenia świadczeń zdrowotnych**

Art. 15

Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej

Art. 16

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Art. 9 ust. 2

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Art. 9 ust. 8

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji zabiegach pielęgnacyjnych.

Art. 18.1

W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgodę, o której mowa w art. 17.1 wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażenia zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3

Opracowanie:

mgr Ewa Witkowska

Samodzielny Specjalistyczny

Zespół Zakładów Opieki

Zdrowotnej w Rudce

KOORDYNATOR TRANSPLANTACYJNY... FUNKCJA DLA ODWAŻNYCH

26 stycznia każdego roku obchodzony jest jako Ogólnopolski Dzień Transplantacji.

W tym dniu w 1966 r. dokonano pierwszego udanego przeszczepu nerki. W Polsce od 2011 r. realizowany jest Program Wieloletni na lata 2011 – 2020 pn. "Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej".

Koordinator transplantacyjny jest zawodem o bardzo nietypowym charakterze. W Polsce w roku 2011 liczba koordinatorów zwiększyła się do 200 osób. Jakie są obowiązki, za co jest odpowiedzialny, czym kieruje się wypełniając swoje obowiązki? Czy koordinator transplantacyjny jest potrzebny w strukturach szpitala?

Praca koordynatora transplantacyjnego wiąże się z ogromną odpowiedzialnością i stresem. Jest to zawód nietypowy. Koordynatora transplantacyjnego nie znajdziemy w oficjalnym spisie zawodów, wymieniony jest tam tylko lekarz transplantolog. Koordynatorzy to ludzie ulokowani w różnych miejscach całego procesu transplantacyjnego. Jedni pojawiają się tam, gdzie jest dawca, a inni – gdzie biorca narządu.

Pierwszym koordynatorem była **Celina Wright - pielęgniarka** szpitala w Cambridge. Pod koniec lat 70-tych XX wieku funkcję tą powierzył jej sir Roy Calne, pionier transplantologii światowej. Z kolei Hiszpania była pierwszym krajem, który na początku lat 80-tych XX wieku wprowadził system oparty na koordynatorach lokalnych. Takie rozwiązanie przyniosło wiele korzyści, zwiększył się dostęp do transplantacji, a okres oczekiwania na przeszczep wyraźnie się skrócił. Również w Polsce, w powstających w latach 80 - tych ośrodkach transplantacyjnych nie istniała funkcja koordynatora. Należało jeszcze wiele lat poczekać, aby w kilku szpitalach wprowadzić elementy modelu hiszpańskiego. Działania te zaczęły przynosić pozytywne efekty i zostały wsparte utworzeniem w 1996 r. Centrum Organizacyjno - Koordynacyjnego ds. transplantacji „Poltransplant” Po wielu staraniach w roku 2008 udało się zarejestrować Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych jako niezależną, pozarządową organizację z własnym statusem i programem działania.

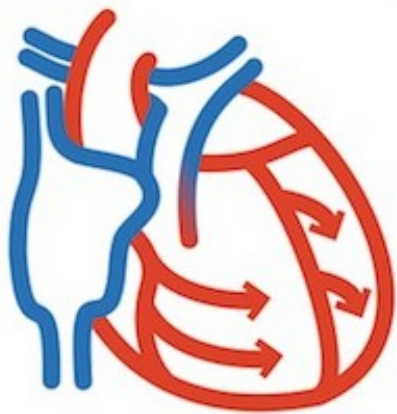


W Polsce jest ciągle problem z przeszczepianiem narządów, a właściwie z ich ilością. Jest to podyktowane z pewnością tym, że w szpitalach brakuje osób, które zajmowałyby się tym od strony organizacyjnej, osób, które by chciały i potrafiły rozmawiać z rodzinami potencjalnych dawców. Poza tym medialne afery sprawiły, że wiele szpitali nie chce angażować się w sprawy transplantacji.

Przełomem jest otwarcie Podyplomowych Studiów Koordynatorów Przeszczepiania Narządów na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, stało się to również dzięki Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej. W styczniu 2012 roku egzamin końcowy zdali studenci X edycji - absolwenci wydziałów lekarskich, wydziałów pielęgniarstwa z tytułem magistra i licencjata oraz przedstawiciele innych zawodów. Dzięki temu znaczna część absolwentów pracuje jako szpitalni koordynatorzy transplantacyjni w oddziałach strategicznych dla prowadzenia identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych zmarłych dawców narządów, zostali koordynatorami regionalnymi w ośrodkach transplantacyjnych, koordynatorami krajowymi, pełniącymi dyżury w „Poltransplancie”, instytucji państwowej, zawiadującą, koordynującą nadzorującą przestrzeganie reguł prawnych pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w Polsce.

Koordynator transplantacyjny zajmuje się wszystkimi działaniami organizacyjnymi związanymi z zabiegiem pobrania i przeszczepiania narządów. Aby odbywało się to sprawnie, przekaz informacji obejmuje trzy szczeble organizacyjne: szpitala, regionu i centrali w „Poltransplancie”. Każdy szczebel ma swoje ściśle określone zadania. Koordynatorzy szpitalni identyfikują i zgłaszają dawców koordynatorom regionalnym. Regionalni organizują całą procedurę pobrania i przeszczepu. Koordynatorzy centralni sprawdzają dawcę w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów i czuwają nad prawidłowym przebiegiem akcji. Prowadzą też rejestr osób oczekujących na przeszczepy w całym kraju. Wszyscy koordynatorzy transplantacyjni, niezależnie od poziomu na jakim się znajdują, muszą dbać o przestrzeganie prawa transplantacyjnego oraz zasad koordynacji ustalonych przez „Poltransplant” w zakresie pobrania wielonarządowych. W tym przypadku pełnią nie tylko nadzór ale też wykonują pracę tzw. „biurową”, chodzi o wypełnianie i archiwizowanie dokumentacji całego procesu orzekania śmierci mózgu, opieki nad dawcą, wypełnienie karty koordynacji pobrania, protokoły pobrania narządów i wielu innych dokumentów.

Koledzy i koleżanki koordynatorzy podkreślają, że transplantologia to ciekawa, interdyscyplinarna dziedzina. Łączy wiedzę medyczną, psychologiczną z prawem, zarządzaniem i logistyką. Praca koordynatora transplantacyjnego wiąże się ogromną odpowiedzialnością. Wytrzymałość na stres pozwala na bieżąco rozwiązywać problem i natychmiast podejmować decyzje. Koordynator musi posiadać zdolności organizacyjne by jednocześnie zsynchronizować pracę wielu osób zaangażowanych w procedurę pobierania i przeszczepiania narządów. O sukcesie można powiedzieć wtedy, kiedy przeprowadzenie tych wszystkich uwiecznionych jest dobrymi relacjami w zespole. Niewątpliwie jest to bardzo trudne, biorąc pod uwagę fakt, że przy jednej akcji pracuje czasami nawet kilkadziesiąt osób. Trzeba dopasować terminy, wszystko zorganizować, przewidzieć trudności.



Trudności mogą pojawić się na każdym kroku, ktoś zapomni, zachoruje, zepsuje się samochód a mimo to akcja musi się odbyć. Należy zawsze pamiętać o tym, że jesteśmy tylko ludźmi i otaczamy się też tylko ludźmi. Problem z jakim się napotykamy to hierarchia zawodowa w polskiej medycynie. By wyjść z kryzysu, potrzebna jest nie tylko akceptacja środowiska medycznego i społeczeństwa, zaangażowanie, otwartość wszystkich, którzy uczestniczą w procesie transplantacji, lecz także zaufanie środowiska medycznego do tych, którzy często nie są lekarzami, ale doskonale znają się na swojej pracy. Zbyt mało jest jeszcze zależności poziomej, takiej, że stanowimy zespół i razem pracujemy.

Warunkiem pobrania narządów jest komisyjne stwierdzenie śmierci mózgu. Następnie stwierdza się, czy dana osoba może zostać dawcą. Każdy dawca musi być poddany wielu badaniom wykluczającym, między innymi HIV, choroby nowotworowe, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C. Przeszczepianie narządów jest zgodne z polskim prawem. Prowadzone są rejestry, w których znajdują się dane osób oczekujących na przeszczep, opis każdego pobranego narządu oraz informacje o każdej osobie przed, w trakcie i po przeszczepie. W sensie prawnym i formalnym można sprzeciwić się pobraniu tkanek i narządów do przeszczepienia. Jest to polska forma autoryzacji pobrania od zmarłej osoby, taką formę stosuje również wiele krajów Europy. „Poltransplant” prowadzi taką dokumentację, aby odnotować tych, którzy figurują w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Inną formą sprzeciwu jest podpisane oświadczenie „na nie” lub oświadczenie złożone w obecności dwóch świadków. Jednym z zadań, jakie spoczywają na koordynatorze transplantacyjnym jest rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy. Zadanie niezwykle trudne, ale bardzo ważne i potrzebne. Choć prawo nie przewiduje rozmowy z rodziną to w naszym kraju rozmowę przeprowadza się z powodów czysto ludzkich, intencyjnie. Okazuje się, że im dawca młodszy, tym trudniejsze są rozmowy z rodziną na temat pobrania narządów do przeszczepu. Młodzi ludzie odchodzą przeważnie nagle i śmierć tej osoby kompletnie wszystkich zaskakuje. Koordynatorzy podkreślają, że o śmierci się prawie nie mówi, w społeczeństwie to temat pomijany, również w środowisku medycznym. Jest to podyktowane mechanizmem życia ludzkiego, które polega na oddalaniu od siebie problemów trudnych. Rolą koordynatora transplantacyjnego jest również edukacja. Spotkania w środowiskach lokalnych, wyjaśnianie zagadnień, które pozwalają zrozumieć istotę, cel i znaczenie przeszczepiania narządów. Praca koordynatora jest często „niewidoczna” dla innych, jednak to że pacjent żyje dzięki przeszczepowi dla koordynatora to jest najważniejsze.

Opracowanie: **Mgr pielęgniarstwa Katarzyna Rydzewska**
Koordynator Transplantacyjny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim

Informacja przesłana przez Medyczną Szkołę Policealną w Łańcucie.

Zaproszenie dla absolwentów szkoły medycznej w Łańcucie

Szanowni Absolwenci Medycznej Szkoły Policealnej w Łańcucie, Liceum Medycznego, Zespołu Szkół Medycznych w związku ze zbliżającym się jubileuszem 50-lecia serdecznie zapraszamy do udziału w uroczystościach oraz zjeździe absolwentów.

Termin obchodów jubileuszu planowany jest na 20-go października 2012r. (sobota). Osoby zainteresowane proszone są o rejestrację za pośrednictwem strony internetowej: www.msp-lancut.cba.pl, telefonicznie: (17) 225 29 84 lub osobiście w sekretariacie szkoły w terminie 1 czerwca – 15 września 2012 r. Komitet organizacyjny jest otwarty na sugestie i pomysły dotyczące przebiegu w/w spotkania – zapraszamy do współpracy.

Serdecznie zapraszamy
Komitet Organizacyjny

Zaproszenie...



„Leczenie ran przewlekłych w środowisku wilgotnym” Sprawozdanie z konferencji z dnia 10 lutego 2012 r.

W dniu 10 lutego 2012r. w sali konferencyjnej „Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach” Sp. z o.o. odbyła się konferencja szkoleniowa na temat: „Leczenie ran przewlekłych w środowisku wilgotnym”. Konferencja zorganizowana została przez: Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A.; Stowarzyszenie „Dom pod Słońcem” oraz „Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach” Spółka z o.o.

Głównym celem konferencji było zapoznanie uczestników z zagadnieniami z zakresu profilaktyki oraz nowoczesnych metod leczenia ran przewlekłych opatrunkami specjalistycznymi.

W konferencji wzięły udział 104 pielęgniarki, były to głównie pielęgniarki zatrudnione w „Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach” Spółka z o.o., pielęgniarki z podmiotów leczniczych działających w obszarze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach jak również z sąsiadujących szpitali min. z Radzyna Podlaskiego, Białej Podlaskiej oraz Warszawy.

Pani Anna Garucka - Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Organizacji Opieki, Pani dr Elżbieta Szwalkiewicz - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych - otwarcie konferencji



Konferencję rozpoczęła **Pani Anna Garucka – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Organizacji Opieki „Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach” Sp. z o.o.**, która powitała uczestników konferencji oraz zaproszonych gości m.in. **Panią dr Elżbietę Szwalkiewicz – konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Panią Hannę Sposób** oraz przedstawiła krótkie wprowadzenie do tematyki konferencji.

Pierwszy wykład wygłosiła **Pani dr Elżbieta Szwalkiewicz**.

Zagadnienia omawiane przez Panią Konsultant dotyczyły działań mających na celu podniesienie jakości podstawowej pielęgnacji, która jest niezbędnym działaniem towarzyszącym świadczeniom zdrowotnym realizowanym na rzecz pacjenta. Szczególną uwagę zwrócono na profilaktykę skutków unieruchomienia i zaniedbań pielęgnacyjnych jakimi są odleżyny oraz związaną z nimi odpowiedzialność zawodową pielęgniarek w tym zakresie. Właściwe warunki pielęgnowania dotyczą: przestrzeni, sprzętu, technik postępowania i norm zatrudnienia. Elementy te składają się na bezpieczeństwo chorego i osób sprawujących opiekę.

Priorytetem jakości opieki są standardy pielęgnowania m.in. profilaktyki i leczenia odleżyn, standard pielęgnacji podstawowej, koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej oraz zapewnienie indywidualnej i ciągłej opieki poprzez proces pielęgnowania jako metoda pracy pielęgniarki.

Idea pielęgnacji kompensacyjnej to zmniejszanie braku samodzielności poprzez kompensację utraconej sprawności. Przedmiotem oddziaływania pielęgniarek i personelu opiekuńczego są tkwiące w człowieku rezerwy biologiczne, psychiczne, które mogą być wykorzystane do zwiększenia samodzielności. Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej (dr E. Szwalkiewicz), sformułowana została w oparciu o teorię hierarchii potrzeb ludzkich Abrahama Maslowa i teorię potrzeb człowieka Tomasza Kocowskiego, zawiera elementy koncepcji pielęgnowania Dorothy Orem (deficyt samoopieki), Calisty Roy (efekt adaptacji założony i osiągnięty w wyniku pielęgnowania), oraz Moniki Krohwinkel (wspierający proces pielęgnowania).

Pielęgnacja kompensacyjna jest koncepcją profesjonalnego, zespołowego postępowania pielęgniarek, opiekunów i terapeutów w opiece długoterminowej nad niesamodzielnym człowiekiem i odnosi się do jego podstawowych potrzeb oraz adaptacji do warunków życia zmienionych chorobą i niepełnosprawnością. Kompensacja oznacza ograniczanie obiektywnie istniejącego lub subiektywnie odczuwanego przez osoby chore deficytu samoopieki i równoważenie go działaniem innym, znoszącym go. Obok pomocy fizycznej i wsparcia psychicznego, istotne znaczenie ma tu wykorzystanie nowoczesnych technologii - środki pomocnicze, sprzęt wspomagający codzienną aktywność i pielęgnację. Standard pielęgnacji podstawowej dotyczy zapewnienia podstawowych potrzeb, prawidłowej pielęgnacji w zależności od stanu chorego: pielęgnacja podstawowa(świadczenie towarzyszące realizacji świadczeń zdrowotnych) lub pielęgnacja specjalistyczna(świadczenia zdrowotne).

Istotna jest prawidłowa interpretacja definicji pielęgnowania i opieki. Pielęgnowanie jest to pomoc/wyręczanie w wykonywaniu czynności związanych z zaspakajaniem potrzeb z zakresu odżywiania, wydalania, higieny ciała i poruszania się. Opieka oznacza towarzyszenie i dbanie o bezpieczeństwo zdrowotne i socjalne pacjenta, w tym utrzymanie w czystości otoczenia pacjenta, zabezpieczenie pożywienia, odzieży, właściwej temperatury otoczenia, leków, pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Wyróżnia się pięć poziomów pielęgnacji:

- rodziny, opiekunów(nieprofesjonalna, instynktowna),
- opiekunów społecznych, PCK, (pomoc w higienie, gospodarstwie domowym),
- opiekunów medycznych (pielęgnacja osób chorych)
- specjalistyczne usługi opiekuńcze(fizjoterapeuta, pielęgniarka, psycholog)
- pielęgnacja wykonywana przez pielęgniarki
- świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze (najwyższy poziom opieki, liczą się kwalifikacje, kompetencje).

Wiodącą rolę w opiece nad chorym pełni pielęgniarka, która z asystentki lekarza, w procesie diagnozy i leczenia, gdzie przedmiotem oddziaływania jest deficyt zdrowotny, staje się przewodnikiem pacjenta w procesie kompensowania utraconej sprawności, a przedmiotem jej oddziaływania są tkwiące w człowieku rezerwy somatyczne i psychiczne. Dotychczas podstawowe w pielęgniarstwie zlecenia lekarskie dotyczą tylko kontynuacji leczenia farmakologicznego i wraz z deficytem zdrowotnym schodzą na plan dalszy. Pielęgniarka staje się kreatorem procesu pielęgnowania, w którym uczestniczą na zasadzie partnerstwa, poza samym pacjentem, opiekunowie, opiekunki i terapeuci, mający jeden wspólny cel – możliwie dużą samodzielność pacjenta w zakresie realizacji podstawowych potrzeb. Skuteczność w osiągnięciu tego celu wpłynie nie tylko na poprawę jakości życia pacjenta ale także na zmniejszenie globalnych kosztów ponoszonych na opiekę nad ludźmi przewlekle chorymi z ograniczoną zdolnością do samoopieki. Efekt ekonomiczny osiągnięty będzie przede wszystkim poprzez eliminację skutków zaniedbań pielęgnacyjnych, które ewidentnie generują koszty w systemie ochrony zdrowia.

Podczas wykładu zwrócono uwagę na „powszechność” występowania odleżyn jako zjawiska towarzyszącego opiece nad pacjentem, które są także wynikiem błędów w sztuce pielęgnowania wynikających najczęściej z braku wiedzy pielęgniarek i warunków organizacyjnych. Stwierdzenie to wywołało wymianę głosów, wzburzenie wśród części uczestników konferencji i było przedmiotem dyskusji z prelegentem.

Przypomniano podstawowe zasady profilaktyki przeciwoodleżynowej (profilaktyka = prawidłowa pielęgnacja) oraz zwrócono uwagę na prawidłowe interpretowanie terminologii z tego zakresu. Do prawidłowych zasad profilaktyki zaliczono: odpowiednie odżywianie i nawodnienie, prawidłowe wykonywanie i systematyczna zmiana pozycji ciała(stosowanie łożysk), zmniejszenie nacisku w miejscach zagrożonych poprzez stosowanie materacy p/odleżynowych i podkładek stabilizujących ułożenie ciała; stosowanie specjalistycznych opatrunków zmniejszających tarcie, zabezpieczenie skóry przed drażniącym działaniem moczu(stosowanie tzw. oddychających materiałów absorpcyjnych), stosowanie właściwie dobranych środków pielęgnujących skórę, stosowanie sprzętu wspomagającego podnoszenie i przemieszczanie pacjentów z ograniczoną mobilnością(unikanie urazów, tarcia o podłoże i ucisku przeczuciowego), dokumentowanie działań(karta profilaktyki i leczenia odleżyn, karta zmiany pozycji ciała).

Kolejnym tematem poruszonym podczas prelekcji przez dr E. Szałkiewicz były zagadnienia dotyczące opieki długoterminowej(rozwinęła się na początku lat dziewięćdziesiątych). Celem ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest ratowanie i przedłużanie ludzkiego życia, a celem opieki długoterminowej jest bezpieczeństwo i jakość życia chorych osób niesamodzielnych. Przedstawiono definicję opieki długoterminowej ustaloną przez Zespół ds. Opieki Długoterminowej, który definiuje ją jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwie, świadczeń terapeutycznych, usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobom przewlekle chorymi niepełnosprawnym, które nie wymagają hospitalizacji.

Podstawowa, w systemie ochrony zdrowia, zasada deficytu zdrowia zostaje zastąpiona, w opiece długoterminowej zasadą kompensacji. Głównymi obszarami wsparcia w tej opiece jest pomoc w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych- wymiar bio-psycho-społeczny.

Klientem opieki długoterminowej jest osoba, która doświadcza przewlekłego deficytu zdrowotnego, niepełnosprawności i niesamodzielności, odpowiednią dla niej formułą opieki jest zespołowe oddziaływanie osób udzielających świadczeń zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych. Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej stanowi najistotniejszą część kompleksowej opieki długoterminowej, gdyż umożliwia adaptację do zmienionych, w związku z chorobą czy urazem, warunków życia. Istotne jest przypomnienie w tym miejscu prawidłowej interpretacji pojęć niepełnosprawność a niesamodzielność. Niepełnosprawność to uszkodzenie struktury organizmu i związane z tym zaburzenie/upośledzenie funkcji ciała. Niesamodzielność to brak możliwości skompensowania utraconej sprawności, jest to stan trwałej zależności od pomocy innych osób w codziennej aktywności życiowej.

Ważną informacją było omówienie skali ICF - Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Skala ICF- to ujednolicona i standardowa struktura opisująca stany zdrowotne i związane ze zdrowiem. ICF jest międzynarodowym standardem opisu i oceny zdrowia i niepełnosprawności należącym do międzynarodowych klasyfikacji WHO. Została ona przyjęta w 2001 r. przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia i stanowi rewizję poprzedniego systemu z 1980 r. W nowej klasyfikacji, główna uwaga została przeniesiona z idei „konsekwencji choroby” na „komponenty zdrowia”. ICF stawia na równi wszelkie choroby i stany zdrowotne niezależnie od przyczyn, a także charakteru fizycznego lub psychicznego. Rada ds. klasyfikacji ICF planuje pilotażowe wdrożenie w 3 obszarach: opieka długoterminowa, orzekanie, rehabilitacja.

Zwrócono także uwagę na problemy etyczne występujące w codziennej pracy pielęgniarzek jak: nieprzestrzeganie praw podmiotowych osoby objętej opieką i społeczne przyzwolenie na powszechne stosowanie przymusu bezpośredniego nawet przy zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych pacjenta.

Konieczna jest znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej co umożliwia wykonywanie obowiązków zapewniających najwyższą jakość opieki.

Kolejnym prelegentem był **Pan Michał Żebrowski -Przedstawiciel Medyczny TZMO S.A.**, który zaprezentował zagadnienia dotyczące pielęgnacji skóry pacjenta z użyciem środków pielęgnacyjnych linii Seni Care. Istotnym elementem pielęgnacji skóry jest wzmocnienie jej warstwy ochronnej, dzięki czemu staje się ona bardziej odporna na podrażnienia, należy wziąć pod uwagę także indywidualne potrzeby skóry. Prawidłowa pielęgnacja skóry powinna obejmować trzy kroki:

- delikatne oczyszczenie skóry z zanieczyszczeń, potu, złuszczonego naskórka (np. z użyciem lotionów, pianek, kremów myjących),
- wspomaganie regeneracji naskórka oraz aktywizacja skóry poprzez odpowiednie nawilżanie i masowanie (np. balsamy, żele, kremy –rozprowadzane na skórze poprzez delikatne wmasowanie co pobudza mikrocyrkulację krwi w skórze i zapobiega jej przesuszeniu),
- zabezpieczanie skóry preparatami o działaniu ochronnym i natłuszczającym (z zastosowaniem preparatów zawierających składniki ważne w profilaktyce przeciwdrożdżycowej np. tlenek cynku, argininę).

Postępowanie dotyczące leczenia ran przewlekłych w środowisku wilgotnym przedstawiła **Pani Joanna Szewdo z Domowego Centrum Caritas w Olsztynie**. Zakres tematyczny prezentacji obejmował: wytyczne i rekomendacje dotyczące postępowania z ranami przewlekłymi jak: odleżyny, zespół stopy cukrzycowej, owrzodzenia podudzi i owrzodzenia nowotworowe oraz przypomnienie zasad doboru , zmiany opatrunków specjalistycznych i przedstawienie koncepcji opracowania łóżyska rany -TIME.

Pomimo wielu kampanii edukacyjnych, prowadzonej profilaktyki i stosowania w wielu ośrodkach standardów leczenia i profilaktyki odleżyn problem występowania tych ran nie maleje. Odpowiedzialność w tym zakresie spada na pielęgniarki, osoby odpowiedzialne za organizację warunków do pielęgnacji chorych oraz NFZ- jako płatnika finansującego koszty leczenia.

Rana to przerwanie ciągłości skóry, które może obejmować także głębsze tkanki i narządy. Przyczyną powstawania ran mogą być czynniki zewnętrzne (egzogenne- mechaniczne, termiczne, chemiczne, elektryczne) lub wewnętrzne (endogenne-związane z zaburzeniami fizjologicznymi). Rozległość i głębokość rany zależy od czynnika wywołującego, jego siły i miejsca, na które działał. Rany można dzielić ze względu na czas gojenia (ostre – rana goi się krócej niż 8 tygodni i przewlekłe powyżej 8 tygodni) oraz sposób gojenia (rychłozrost - gojenie pierwotne i ziarninowanie - gojenie wtórne, dotyczy ran przewlekłych gdy występuje ubytek tkanki lub infekcja).

W procesie gojenia ran wtórnych wyróżnia się trzy fazy: faza zapalna(oczyszczania), faza polifracji (ziarninowania), faza dojrzewania.

Ryzyko wystąpienia odleżyn jest jednym z wielu problemów u przewlekle chorych i długotrwale unieruchomionych. Odleżyny stanowią poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Występują one na skutek długotrwałego ucisku w miejscach, gdzie ciało osoby leżącej styka się z powierzchnią na której leży, najczęściej w okolicy kości krzyżowej, pośladków, pięt. Są one efektem procesów: zamknięcia światła naczyń krwionośnych przez ciśnienie działające z zewnątrz oraz śródbłonkowego uszkodzenia w mikrokrążeniu przez siły ścinające, a także tarcie które może bezpośrednio uszkadzać skórę. Istotne znaczenie ma też działanie czynników endo- i egzogennych jak: unieruchomienie, współistnienie innych chorób, obniżenie odporności, nietrzymanie moczu i stolca, niewłaściwy poziom opieki.

Bardzo istotnym zagadnieniem jest profilaktyka przeciwoleżynowa, która jest ciągiem działań prowadzonych zarówno u pacjenta z grupy ryzyka jak i w momencie powstania odleżyny. Nowoczesne podejście do leczenia odleżyn i innych ran przewlekłych preferuje leczenie ran w środowisku wilgotnym z użyciem specjalistycznych opatrunków, które stosuje się w zależności od rodzaju rany i miejsca usytuowania. Zwiększona wilgotność w ranie pobudza naskórkowanie, co pobudza wzrost leżącej pod naskórkiem tkanki łącznej. Specjalistyczne opatrunki umożliwiają zapobieganie uszkodzeniom młodego naskórka podczas każdej zmiany opatrunku, a zawarte w nich substancje wpływają na oczyszczanie i gojenie się rany, utrzymują odpowiednią temperaturę oraz chronią wnętrze rany przed czynnikami zewnętrznymi np. podczas wykonywania zabiegów higienicznych. Opatrunki są dostępne w różnych kształtach i rozmiarach, zapewniają możliwość długiego utrzymywania na ranie nawet do kilku dni. Dobór opatrunku i jego koszt uzależniony jest od rodzaju rany oraz fazy jej gojenia.

Dostępne opatrunki można podzielić na kilka grup: alginiany, opatrunki hydrożelowe, poliuretanowe, hydrokoloidowe, błony półprzepuszczalne, opatrunki złożone i mieszane. Aby właściwie podjąć decyzję co do wyboru opatrunku istotne jest, aby ocenić rozmiar rany, ilość wysięku i zaawansowanie procesu gojenia. W praktyce najczęściej stosowany jest model leczenia odleżyn oparty na ocenie etapu gojenia rany - tzw. system kolorowy. Odleżyny pokryte suchą martwicą nazwano "ranami czarnymi", pokryte martwicą rozplywną „ ranami żółtymi”, rany ziarninujące „ ranami czerwonymi”, a naskórkujące „ ranami różowymi.” Stosując kolorowy model leczenia odleżyn, należy pamiętać o zasadach: zakładając płaski opatrunek pozostawić margines na 2-3 cm wokół rany, przy zmianie opatrunku raną przemywać sterylnym roztworem 0,9% NaCl, częstość zmian opatrunku zależy od właściwości pochłaniających i ilości wysięku z rany, konieczna jest wnikliwa obserwacja rany oraz ilości wysięku, każda rana odleży nowa wymaga indywidualnego podejścia.

Obserwując ranę należy zwracać uwagę na ewentualne powikłania np. zakażenie rany. W postępowaniu leczniczym ważne jest zwrócenie uwagi na występowanie bólu u pacjenta. Ból jest subiektywnym nieprzyjemnym doświadczeniem czuciowym i emocjonalnym związanym z działaniem bodźca uszkadzającego lub mogącego uszkadzać tkanki. Należy pamiętać o możliwościach łagodzenia bólu związanego z pojawieniem się odleżyny-zmiana pozycji, wykonanie toalety.

Istotne jest dokumentowanie podjętych działań w procesie leczenia rany gdyż daje to możliwość pełnego monitorowania i efektywnego wygojenia odleżyny.

Kolejnym rodzajem ran przewlekłych są owrzodzenia żyłne. W około 80 % przypadków przyczyną owrzodzeń goleni jest przewlekła niewydolność żylna. Rany tego typu należą do trudno i długotrwale gojących, wymagających nakładów wielu środków. Standardem zachowawczej terapii owrzodzeń żylnych jest kompresjoterapia, następnie stosuje się miejscowe leczenie rany z użyciem aktywnych opatrunków wilgotnych. Kompresjoterapia polega na terapii indywidualnie dobraną siłą za pomocą opatrunków uciskowych, przed jej zastosowaniem konieczne jest sprawdzenie stanu krążenia obwodowego. Kompresjoterapii nie stosuje się przy owrzodzeniach tętniczych. Postępowanie miejscowe obejmuje usuwanie martwicy i oczyszczanie rany, wilgotne leczenie rany, pielęgnację skóry wokół rany.

O sposobie usuwania martwicy (mechanicznie, enzymatycznie, autolitycznie, chirurgicznie) decyduje lokalizacja, umiejscowienie i głębokość owrzodzenia, ilość wydzieliny w ranie oraz stan ogólny chorego. Mechaniczne i chirurgiczne oczyszczanie rany daje natychmiastowy efekt usunięcia tkanek martwiczych, natomiast oczyszczanie autolityczne jest procesem naturalnym zachodzącym samoistnie w prawidłowo gojącej się ranie.



Pani dr Elżbieta Szwalkiewicz w trakcie wykładu

Oczyszczanie rany i usunięcie z niej martwicy zmniejsza ryzyko infekcji i lokalnego zakażenia. Dodatkowym sposobem jest płukanie dna rany roztworem preparatu antyseptycznego np. octaniseptem. Czystą ranę należy zaopatrzyć aktywnym opatrunkiem spełniającym kryteria wilgotnego leczenia ran. Przy pielęgnacji skóry wokół rany uwagę koncentrujemy na działaniach polegających na kondycjonowaniu i regeneracji naturalnej bariery ochronnej naskórka – utrzymanie czystości kończyn, stosowanie środków myjących zawierających substancje powierzchniowo czynne tzw. surfaktanty, aplikację preparatów zwiększających poziom nawilżenia tzw. emolientów.

Do grupy ran przewlekłych zaliczamy też zespół stopy cukrzycowej. Zespół stopy cukrzycowej występuje w obu typach cukrzycy, zazwyczaj po wielu latach trwania choroby. Jest to zazwyczaj schorzenie tkanek głębokich kończyny dolnej poniżej kostek i występuje w wyniku zaburzeń neurologicznych oraz uszkodzeń naczyń obwodowych o różnym stopniu zaawansowania. Owrzodzenie stopy jest wynikiem mikro-i makroangiopatii naczyń stopy. Ryzyko wystąpienia objawów stopy cukrzycowej zwiększa: palenie tytoniu, czynniki społeczne i ekonomiczne, nieprawidłowości w zakresie statyki i dynamiki kończyny dolnej, zaburzenia ukrwienia dystalnych części stopy, zła pielęgnacja- mikrourazy, przebarwienia skóry, wrastające paznokcie, zranienia, nieprawidłowy dobór obuwia. Rodzaje owrzodzeń na tle cukrzycy: stopa cukrzycowa neuropatyczna, stopa cukrzycowa niedokrwienna, stopa cukrzycowa mieszana. Ważne jest zebranie wywiadu dotyczącego samej cukrzycy, jak i chorób współistniejących oraz okoliczności powstania zmian troficznych na stopach. Najczęściej zmiany owrzodzeniowe lokalizują się na stopie w zakresie palców i przodostopia, na grzbiecie stopy i w okolicy kostek. Leczenie powinno być prowadzone przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Prawidłowe postępowanie z raną w znacznym stopniu hamuje postęp owrzodzenia. Trzeba być wyczulonym na zmiany koloru skóry, woń wydzieliny z rany, trzeszczenie pod palcami skóry wokół owrzodzenia świadczące o obecności gazów w tkankach podskórnych i infekcji beztlenowcowej. Zignorowanie tych objawów znacznie częściej przyczynia się do amputacji z powodu powikłań w leczeniu oraz innych groźnych powikłań: sepsa, niewydolność wielonarządowa. Owrzodzenie zainfekowane wymaga antybiotykoterapii celowanej. Ważne jest stosowanie opatrunków interaktywnych, których zastosowanie jest uzależnione od: fazy gojenia, głębokości uszkodzenia, charakteru wysięku, obecności zakażenia.

Owrzodzenie nowotworowe jest rodzajem przewlekłej rany wymagającej stosowania właściwie dobranych specjalistycznych opatrunków w celu poprawy jakości życia pacjentów -zmniejszenie bólu, pochłanianie zapachów. Strategia TIME odnosi się do najważniejszych elementów procesu gojenia ran przewlekłych, w skład których wchodzi m.in. opracowanie rany polegające na optymalizacji środowiska rany i pobudzeniu endogennych procesów leczniczych. Wprowadzenie strategii TIME pozwala zmodyfikować środowisko biochemiczne rany i ułatwić jej przechodzenie przez kolejne etapy procesu naprawy: zapalenia, ziarninowania i epitelizacji, a także pozwala zapoczątkować proces efektywnego gojenia się rany. Strategia obejmuje cztery elementy:

-T-TissueDebridement= opracowanie tkanek (oczyszczenie rany poprzez usunięcie martwicy, ropy, nadmiaru wysięku, zanieczyszczeń; metodą chirurgiczną lub zachowawczą)

-I- Infection and Inflammation Control = kontrola infekcji i zapalenia(ocena rany wymaga oznaczenia liczby i gatunku patogenów, w tym celu należy wykonać badanie mikrobiologiczne z wymazu lub bioptatu rany; postępowanie mające na celu redukcję ryzyka zakażenia obejmuje: opracowanie i eliminację z łożyska rany składników stanowiących pożywkę dla bakterii, dezynfekcję powierzchni rany, włączenie antybiotykoterapii zgodnej z wynikami badań mikrobiologicznych, stosowanie interaktywnych opatrunków)

-M-Moisture Balance = Równowaga wilgotności (nadmiar wydzieliny może macerować otaczający ranę naskórek; absorpcja wydzieliny poprzez odpowiedni opatrunek wchłaniający nadmiar wysięku i utrzymujący na powierzchni rany optymalny poziom nawodnienia)

-E-Edges= Brzegi rany-Brak postępu gojenia lub podminowanie brzegu rany oraz Epidermization Stimulation= pobudzenie naskórkowania (pobudzenie prawidłowej epitelizacji wymaga opracowania brzegów rany i usunięcia starych nieprawidłowo proliferujących komórek w celu przywrócenia prawidłowego brzegu rany; brzegi rany należy kontrolować w kierunku tworzenia nadmiernego rogowacenia, maceracji, obrzęku, rumienia).

Praktyczne rady od prelegentki: po aplikacji na ranę antyseptyku poczekać do jego wyschnięcia, ran zainfekowanych beztlenowcami nie zamykać opatrunkiem okluzyjnym, na początku leczenia zmiana opatrunku jest częsta a sama rana ulega powiększeniu, opatrunek usunięty z rany jest źródłem informacji o stanie rany, nie stosujemy na ranę maści z antybiotykiem oraz przymoczek ze środków bakteriobójczych np. wody utlenionej, gencjany .

Po wygłoszeniu tego wykładu po raz kolejny głos zabrał **Pan Michał Żebrowski-Przedstawiciel Medyczny TZMO S.A.**, który zaprezentował system opatrywania ran z zastosowaniem nowoczesnych opatrunków specjalistycznych z gamy produktów proponowanych przez Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A.

Wilgotne środowisko sprzyja optymalnemu gojeniu się ran na wszystkich etapach, takie warunki mogą zapewnić specjalistyczne opatrunki dobierane w zależności od rodzaju rany i fazy gojenia. Dzięki ich zastosowaniu można przyspieszyć proces gojenia rany, minimalizować ból pacjenta oraz obniżyć koszty leczenia i opieki nad pacjentem. Ponadto przedstawił produkty higieniczne proponowane przez firmę dla pacjentów z problemem inkontynencji (nietrzymanie moczu i/lub stolca).

Dodatkowo przedstawiono ekspozycję z produktami firmy oraz można było uzyskać bardziej szczegółowe informacje na temat specjalistycznych opatrunków i produktów higienicznych od przedstawiciela firmy.

Ostatnią prezentację dotyczącą zakażeń ran przewlekłych przedstawiła **dr Marta Kania-Pudło z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie**.

Zagadnienia obejmowały informacje dotyczące symptomatologii klinicznej, czynników etiologicznych zakażeń ran przewlekłych, diagnostyki, higieny rany zakażonej oraz metod zapobiegania zakażeniom.

Zakażenie rany zaburza naturalne procesy zachodzące w ognisku uszkodzenia prowadzące do naprawy tkanek, spowalnia proces gojenia, utrudnia proces leczenia, może doprowadzić do uogólnienia się zakażenia i wystąpienia sepsy, wstrząsu septycznego. Skażenie rany to jej ekspozycja na bakterie własne chorego lub pochodzące ze środowiska np. z rąk osób opracowujących ranę. Kolonizacja rany wiąże się z namnażaniem drobnoustrojów w ranie, ale bez wystąpienia objawów klinicznych zakażenia. Do kolonizacji, a następnie zakażenia rany przewlekłej może doprowadzić wiele drobnoustrojów i posiadane przez nie cechy. Zdolność przylegania bakterii do uszkodzonych tkanek (adhezja) jest ważnym elementem umożliwiającym kolonizację i rozwinięcie się kolejnych etapów zakażenia.



Pielęgniarki uczestniczące w konferencji

Martwe tkanki oraz wydzielina z rany stanowią doskonałą pożywkę dla bakterii, co powoduje osłabienie układu immunologicznego i wystąpienie objawów klinicznych zakażenia.

Ranę przewlekłą charakteryzuje przewlekły stan zapalny z objawami zapalenia jak: obrzęk, ucieplenie, zaczerwienienie, ból, który maskuje objawy ostrej infekcji utrudniając trafne rozpoznanie. Elementy istotne w rozpoznawaniu zakażenia rany: ocena dna rany, jej wygląd i zabarwienie, charakter i intensywność wysięku z rany, nasilenie przykrego zapachu, tkliwość okolicznych tkanek oraz spowolnienie lub zatrzymanie procesu gojenia. Zakażenie rany przewlekłej wymaga diagnostyki mikrobiologicznej-wymaz z rany, określenie gatunku drobnoustroju i jego lekowrażliwości, odgrywa to rolę przy doborze celowanego antybiotyku.

Czynniki etiologiczne zakażenia ran to m.in.: Staphylococcus aureus - gronkowiec złocisty (częste nosicielstwo wśród ludzi, translokacja drobnoustroju z miejsca kolonizacji najczęściej z przedśionka nosa chorego na ranę oraz nieprzestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunku); Streptococcus pyogenes (paciorkowiec wywołujący martwicze zapalenie powięzi, produkuje toksyny umożliwiające wywołanie wstrząsu toksycznego); wśród enterokoków najczęściej zakażenie rany wywołane przez Enterococcus faecalis oraz Enterococcus faecium – ekspozycja na materiał zakaźny pochodzący z przewodu pokarmowego; pałeczki Gram –ujemne z rodziny Enterobacteriaceae m. in: Escherichia coli, Klebsiella spp, Proteus spp.; zakażenia miejscowe uogólnione mogą wywoływać Pseudomonas aeruginosa (pałeczka ropy błękitnej), Acinetobacter baumannii. Zakażeniom bakteryjnym w szczególnych przypadkach mogą towarzyszyć zakażenia grzybicze –grzyby z rodzaju Candida.

Leczenie i eliminacja drobnoustrojów obecnych w ranie może polegać na oczyszczeniu i płukaniu rany (lowaseptyka), miejscowym stosowaniu antyseptyków, specjalistycznych opatrunków oraz antybiotykoterapii ogólnej. Oczyszczanie i płukanie rany ma na celu usunięcie tkanek martwiczych stanowiących pożywkę dla bakterii oraz zniszczenie biofilmu bakteryjnego lub grzybiczego rozwijającego się w ranie. Nie stosuje się antybiotyków miejscowo na rany-reakcje alergiczne, ryzyko nabycia oporności bakterii na antybiotyki.

Zasadą jest przestrzeganie aseptyki i antyseptyki przy pielęgnacji ran.

W trakcie konferencji panowała rzeczowa, pełna naukowego podejścia i merytoryczności atmosfera, którą zapewnili prelegenci z grona profesjonalistów opieki długoterminowej i praktyków działających w sektorze ochrony zdrowia.

Opracowanie: **mgr pielęgniarstwa Aneta Urban**
Zespół Promocji i Edukacji Zdrowotnej
„Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego
w Siedlcach” Spółka z o. o.

*Szczęście, pieniądz, uwielbienie – jedna chwila to rozprasza...
Tylko to, co w sercu płonie wiecznym jest – to pamięć nasza...*

*Pani
Alinie Chalimoniuk
Naczelniej Pielęgniарce
SP ZOZ w Sokołowie Podlaskim*



*Pani
Anastazji Lidii Borkowskiej
Pielęgniарce Oddziałowej
Oddziału Chorób Wewnętrznych
„Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach” Sp. z o.o*

Z okazji zakończenia pracy zawodowej i przejścia na emeryturę w imieniu własnym, oraz członków Samorządu Zawodowego składam serdeczne podziękowania za wieloletnią dobrą współpracę oraz włożony trud na rzecz samorządu zawodowego.

Życzę, aby wszystkie plany i marzenia odkładane na później spełniły się właśnie teraz. Życzę również dobrego zdrowia, pogody ducha, ciepła i spokoju.

Proszę przyjąć również wyrazy naszego najgłębszego poważania, a także najlepsze życzenia wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Przewodnicząca i Członkowie ORPiP



Informacja dotycząca realizacji ustawowych obowiązków

Szanowne Koleżanki/ Szanowni Koledzy!

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach informuję, że każda pielęgniarka/pielęgniарz, położna/położny, ma obowiązek aktualizowania danych dotyczących zatrudnienia.

Obowiązek ten wynika z zapisów w **art. 19 i art. 101** Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz.1039).

W związku z tym zwracam się z prośbą o wypełnienie formularza aktualizacyjnego, który jest zamieszczony na naszej stronie i przesłanie na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach. W formularzu aktualizacyjnym są do wypełnienia rubryki dotyczące ukończenia kształcenia podyplomowego w zakresie specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych, doszkalających, oraz uzyskania tytułu licencjata, magistra. Informacje niezbędne są do zaktualizowania danych zamieszczonych w rejestrze pielęgniarek i położnych prowadzonym w wersji elektronicznej.

Zachęcam do zapoznania się z zapisami ustawy, w przypadku wątpliwości prosimy o telefon celem uzyskania szczegółowej informacji.

Hanna Sposób **Przewodnicząca ORPiP**

Informacja dla pielęgniarek i położnych – członków samorządu zawodowego w sprawie obowiązku i wysokości opłacania składek członkowskiej.



Na podstawie art. 11 ust 2 pkt 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038) oraz uchwały nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, miesięczna wysokość składki członkowskiej wynosi:

- 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.
- 0,5 % miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego.
- 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłoszonego przez Prezesa GUS za IV kwartał 2011 tj **37,70 zł** w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

Przypominamy, że składki należy opłacać **do dnia 15 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni:** za pośrednictwem zakładu pracy, osobiście w kasie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych lub na konto **5810204476000840200168518.**

Z opłacania składki członkowskiej zwolnione są pielęgniarki i położne:

- bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu.

**Opracowanie : Skarbnik OIPIP w Siedlcach
Edyta Mączarska**



Z prac komisji ds. kontraktowania świadczeń przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych

W dniu 16.01.2012 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się posiedzenie podsumowujące prace członków Zespołu ds. opracowania propozycji modelu realizacji świadczeń pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej powołanego Zarządzeniem MZ – Ewy Kopacz w dniu 01.09.2011 roku.

W posiedzeniu uczestniczył Minister Zdrowia – Bartosz Arłukowicz.

Przewodniczący Zespołu Marek Haber – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia zapoznał Ministra Zdrowia z celem powołania Zespołu, trybem jego prac oraz efektami końcowymi. Zespół wypracował zmiany do koszyka świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, których wprowadzenie pozwoli na zaistnienie takiego modelu realizacji świadczeń pielęgniarki i położnej w poz, który będzie gwarantował większą dostępność do ich realizacji w miejscu zamieszkania i pobytu pacjenta.

W trakcie prac Zespół zwrócił uwagę na konieczności zmiany oraz doprecyzowania zapisów w zakresie organizacji i funkcjonowania gabinetu pielęgniarki i położnej poz, gabinetu zabiegowego, pobierania i transportu badań laboratoryjnych oraz wykonywania badań przesiewowych.

W trakcie dyskusji członkowie Zespołu przedstawili Ministrowi Zdrowia problemy z jakimi świadczeniodawcy: pielęgniarki poz / położne poz muszą zderzać się w swojej codziennej pracy w poz w związku z obowiązującym stanem prawnym oraz brakiem spójnego i skoordynowanego systemu współpracy z innymi świadczeniodawcami.

Minister Zdrowia podkreślił, że „w jego działaniu środowisko pielęgniarek i położnych stanie się największym priorytetem”. Zadeklarował, że szczegółowo zapozna się z pracami Zespołu oraz wypracowanym materiałem końcowym. Podkreślił, że zmiany w rozporządzeniach koszykowych MZ w tym rozporządzeniu dot. poz będą musiały nastąpić, ale nie odbędzie się to w trakcie najbliższych 3, 4 miesięcy. Wszelkie zmiany będą musiały być poprzedzane wspólnymi spotkaniami środowisk medycznych oraz szerokimi konsultacjami społecznymi.

W dalszej części spotkania Podsekretarz Stanu w MZ – M. Haber poinformował, że prace nad nowelizacją Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zmieniającej zasady wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej poz, która wzbudziła szereg kontrowersji różnych środowisk zostały zamknięte. Kolejna próba nowelizacji tej ustawy będzie wymagała rozpoczęcia prac na nowo.

W toku dyskusji członkowie Zespołu podkreślili konieczność dokonania zmian w zakresie sprawozdawczości oraz sposobie i wysokości finansowania świadczeń zdrowotnych w poz. Sprawy te mają stać się przedmiotem rozmów z Prezesem NFZ.

Na tym posiedzenie Zespołu zakończono.

Przewodnicząca Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych
/-/ **Emilia Kin**



Załącznik do Uchwały nr 27/VI/2012 ORPiP z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach

Regulamin Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w sprawie refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach, obowiązujący od 1.01.2012 r.

Na podstawie art. 31 pkt 4 oraz art. 11 ust. 1 pkt. 2 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038) uchwała się zasady i tryb postępowania w sprawie refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego Członków Samorządu.

ROZDZIAŁ I PRZEPISY WSTĘPNE

§ 1.

1. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego ponoszący koszty związane z podwyższaniem kwalifikacji zawodowych, ma prawo ubiegać się o refundację kosztów poniesionych z tego tytułu (bez opłat za dojazdy, zakwaterowanie, wyżywienie, materiały szkoleniowe itp.).
2. Koszty, o których mowa w ust. 1 obejmują opłaty (koszty dydaktyczne) za uczestnictwo wnoszone przez członka samorządu na rzecz podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia i doskonalenia zawodowego.
3. Podwyższanie kwalifikacji zawodowych w rozumieniu niniejszego regulaminu odbywa się w następujących formach: a) szkolenie specjalizacyjne, b) kursy kwalifikacyjne, c) kursy specjalistyczne, d) kursy dokształcające, e) zaoczne studia kierunkowe licencjackie i magisterskie: kierunek pielęgniarstwo i położnictwo, f) konferencje, kongresy, seminaria, sympozja krajowe organizowane przez placówki naukowo-badawcze, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, Towarzystwa Naukowe, g) inne formy kształcenia dla potrzeb samorządu.
4. Szkolenia wymienione w ust. 3 punkt a, b, c, d, będą refundowane, jeżeli prowadzone są przez podmioty, które uzyskały wpis do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego prowadzonego przez Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

§ 2

1. Wysokość funduszu przeznaczonego na refundację określa na każdy rok kalendarzowy Uchwała Budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

ROZDZIAŁ II OSOBY UPRAWNIONE DO REFUNDACJI

§ 3

1. O refundację może ubiegać się Członek samorządu opłacający regularnie składki na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach, zgodnie z uchwałą Nr 19/VI/2011 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 07.12.2011 r. w sprawie wysokości składek członkowskich. Obowiązek ten powstaje z datą wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach (art. 11 ust.2 pkt 4 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych).
2. Członkowie samorządu mający zaległości w opłacaniu składki członkowskiej mogą ubiegać się o dofinansowanie do kosztów kształcenia po uprzednim dobrowolnym uregulowaniu zaległości z tego tytułu.
3. Nowi członkowie samorządu opłacający składki minimum 1 rok licząc od daty wpisu na listę Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego.

ROZDZIAŁ III ZASADY REFUNDACJI

§ 4

1. Refundacji dokonuje się na pisemny wniosek osoby zainteresowanej. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.
2. Członek samorządu składa wniosek, o którym mowa w ust. 1 po zakończeniu kształcenia podyplomowego nie później niż w ciągu 30 dni od daty ukończenia kształcenia wraz z pozostałymi załącznikami, o których mowa w § 5.

§ 5

1. Do wniosku o refundację należy dołączyć:
 - 1) imienny dowód opłaty za uczestnictwo (koszty dydaktyczne) - rachunek, faktura (oryginał),
 - 2) zaświadczenie o ukończeniu kursu/szkolenia specjalizacyjnego/studiów/udział w konferencji, sympozjum, seminarium, kongresie (certyfikat, inne potwierdzenia).
 - 3) zaświadczenie o płaceniu składek na rzecz samorządu lub dowód wpłaty składek członkowskich,
 - 4) pisemne oświadczenie o braku refundacji lub wysokości refundacji z innych źródeł.

§ 6

1. Wniosek o refundację wraz z kompletem załączników przyjmowany jest w sekretariacie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach.
2. Wniosek nie spełniający wymogów niniejszego regulaminu nie będzie rozpatrywany.

§ 7

1. Komisja ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego dokonuje oceny merytorycznej, opiniuje wniosek o refundację kosztów kształcenia i przekazuje na posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady.
2. Decyzję o przyznaniu refundacji podejmuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady na najbliższym posiedzeniu plenarnym.

§ 8

1. Członek samorządu może korzystać z refundacji kosztów udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego z następującymi zastrzeżeniami:
 - 1) nie może ubiegać się o refundację w przypadku podjęcia specjalizacji, studiów licencjackich i magisterskich na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo w ramach miejsc finansowanych w 100% z budżetu państwa lub Unii Europejskiej.
 - 2) nie może ubiegać się o refundację, jeżeli w ciągu ostatnich 4 lat refundacja przekroczyła kwotę 699 zł.

ROZDZIAŁ IV WYSOKOŚĆ REFUNDACJI

§ 9

1. Kwota refundacji szkolenia specjalizacyjnego wynosi do 1000 zł.
2. Kwota refundacji studiów licencjackich i magisterskich na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo wynosi do 800 zł.
3. Kwota refundacji kursu kwalifikacyjnego wynosi do 700 zł
4. Kwota refundacji kursu specjalistycznego wynosi do 200 zł
5. Kwota refundacji kursu dokształcającego wynosi do 100 zł.
6. Kwota dofinansowania czynnego udziału w konferencji, kongresie, sympozjum, seminarium wynosi 100% poniesionych kosztów dydaktycznych, udziału biernego 50%.
7. Kwota refundacji za kształcenie dla potrzeb samorządu wynosi 100% i nie wpływa na możliwość uzyskania przez członka samorządu refundacji w wybranej formie kształcenia.
8. Rzeczywista wysokość refundacji uzależniona jest od wysokości funduszu przeznaczonego na ten cel w Uchwale Budżetowej Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, w danym roku budżetowym.

ROZDZIAŁ V PRZEPISY KOŃCOWE

§ 10

1. Członkowi samorządu, którego wniosek o refundację nie został pozytywnie zaopiniowany przez Komisję ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego służy prawo pisemnego odwołania się do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach, w ciągu 14-tu dni od chwili uzyskania informacji.
2. Odwołanie, o którym mowa w punkcie 1, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach rozpatruje na najbliższym posiedzeniu plenarnym.
3. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych jest ostateczna.
4. Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych pisemnie powiadamia o nie przyznaniu refundacji, natomiast nie powiadamia pisemnie o przyznaniu refundacji.

§ 11

1. Członek samorządu po przyznaniu refundacji zgłasza się osobiście z dowodem tożsamości po uprzednim telefonicznym uzgodnieniu terminu odbioru z pracownikiem biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach lub wskazuje numer konta bankowego, na który ma być dokonany przelew.

§ 12

1. Członek samorządu uczestniczący w kongresie, sympozjum, konferencji, seminarium zobowiązany jest do złożenia sprawozdania do biura OIPIP w formie przedstawienia artykułu w biuletynie OIPIP lub przeprowadzenia szkolenia w ramach współpracy z Komisją ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.

§ 13

1. Refundacja kosztów kształcenia uzyskana na podstawie nieprawdziwych danych lub fałszywych dowodów podlega zwrotowi przyznanej kwoty w całości, na podstawie odrębnych przepisów prawa.



REGULAMIN

KOMISJI D/S POMOCY SOCJALNEJ

**obowiązujący w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach
od 01 stycznia 2012 r.**

Podstawą prawną do prowadzenia świadczeń socjalnych jest:

1. Art. 31 pkt 4 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174 poz. 1038).
2. Uchwała Nr 9 XXII Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach z dnia 14.03.2008 r.
3. Uchwała Nr 15/VI/2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 23.11.2011 r. w sprawie powołania komisji problemowych.

§ 1

1. Fundusz pomocy socjalnej jest funduszem celowym i tworzy się co roku z odpisu ogólnego funduszu Izby.
2. Fundusz pomocy socjalnej obciąża koszty działalności Okręgowej Izby.

§ 2

1. Środki z funduszu przeznaczone są na :
 - 1) zapomogi bezzwrotne,
 - 2) inna pomoc rzeczowa.

§ 3

1. Zapomogi udzielane są dla członków samorządu pielęgniarek i położnych w ciężkiej chorobie, zdarzeniach losowych i klęskach żywiołowych. Wysokość zapomogi dla członka samorządu wynosi do 1 500 złotych.
2. Pomoc socjalna może być udzielona członkowi samorządu nie więcej niż jeden raz na rok, poza sytuacjami wyjątkowymi do indywidualnego rozpatrzenia przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.

§ 4

1. Zapomogi wymienione w § 3 pkt 1 są wolne od podatku dochodowego zgodnie z ustawą z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych art.21 pkt.26.

§ 5

1. Świadczenia wymienione w § 3 (zapomogi) przyznawane są na wniosek:

- 1) Członka samorządu.
- 2) Pełnomocnika z ramienia samorządu.
- 3) Delegata z rejonu wyborczego, w którym osoba jest zatrudniona.

2. Wnioski wraz z wymaganymi dokumentami należy składać w sekretariacie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

4. Dokumenty złożone **do 10 dnia każdego miesiąca** będą rozpatrywane na najbliższym posiedzeniu Komisji Socjalnej.

§ 6

1. Wniosek o przyznanie zapomogi bezzwrotnej powinien zawierać następujące dane:

- 1) imię i nazwisko, serię i nr dowodu osobistego, adres zamieszkania,
- 2) zawód i miejsce pracy,
- 3) uzasadnienie wniosku,
- 4) zaświadczenie o zarobkach lub pobieranych zasiłkach wnioskodawcy i członków rodziny,
- 5) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub karty informacyjne w przypadku choroby, dokument potwierdzający koszty leczenia.
- 6) Dokumenty potwierdzające przypadki losowe, np. kradzież, pożar itd.
- 7) Dokument stwierdzający opłacania składek na rzecz OIPIP w Siedlcach,
- 8) Opinię Pełnomocnika - potwierdzenie aktualnej sytuacji materialnej rodziny i zaistniałego zdarzenia.

§ 7

1. Komisja ds. pomocy socjalnej wnioskuje do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium o przyznanie świadczeń wymienionych w § 2 pkt 1, 2

§ 8

1. Wniosek Komisji ds. pomocy socjalnej powinien zawierać:

- 1) Imienne wskazanie osoby, dla której przyznane zostały świadczenia wymienione w § 2 pkt 1, 2.
- 2) Nr konta bankowego.
- 3) Określenie przyczyn przyznania.
- 4) Wysokość wnioskowanej kwoty.
- 5) Uzasadnienie odmowy przyznania zapomogi.

§ 9

1. Uchwałę w sprawie przyznania zapomogi podejmuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium ORPIP na wniosek Komisji ds. pomocy socjalnej.

§ 10

1. Do korzystania ze świadczeń pomocy socjalnej określonych w niniejszym regulaminie są uprawnieni członkowie samorządu:

- 1) Pielęgniarki i położne zatrudnione w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy.
 - 2) Emeryci i renciści opłacający składki członkowskie.
2. Środki z funduszu pomocy socjalnej przeznaczone są na pomoc w zaspokajaniu najpilniejszych potrzeb socjalno-bytowych pielęgniarek i położnych.

§ 11

1. Funduszem pomocy socjalnej dysponuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych.

2. Podstawą gospodarowania funduszem pomocy socjalnej jest roczny plan dochodów i wydatków, których projekt przedkłada się do zaopiniowania Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych, a zatwierdza Okręgowy Zjazd.

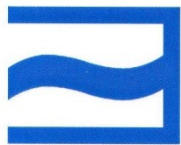
§ 12

1. Świadczenia pomocy socjalnej wymienione w § 2 pkt 1 i 2 niniejszej uchwały nie mają charakteru obligatoryjnego lecz fakultatywny czyli uznaniowy w/g indywidualnego rozpatrzenia przez Komisję d/s pomocy socjalnej.

§ 13

1. Wnioskodawcy przysługuje złożenie odwołania do Rady w terminie 14 dni od otrzymania decyzji.





Warszawa, 16 lutego 2012 r.

Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

Oświadczenie

**prezesów samorządów zawodowych
dotyczące Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku
w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze
w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą**

Samorzady zawodowe dwóch największych zawodów ochrony zdrowia wyrażają sprzeciw nie tylko wobec jego zapisów, lecz także wobec sposobu, w jaki zapisy te znalazły się w Rozporządzeniu.

Istotą konsultacji społecznych jest przedstawienie przez władze swojego planu działań partnerom, których działania dotyczą, wysłuchanie ich opinii, wprowadzenie zmian i poinformowanie o ostatecznej decyzji. Samorzady zawodowe, zgodnie z zapisami ustawowymi, mają między innymi ustawowo zagwarantowane działania w zakresie opiniowania i zajmowania stanowiska w sprawach organizacji ochrony zdrowia.

Zwracamy uwagę, że § 10 pkt 3 ppkt b, pkt 4 ppkt b i pkt 5 ppkt b odnoszą się do prowadzenia postępowań konkursowych. Przewidywany w tym przepisie udział komisji konkursowej, dokonującej wyboru na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych, jest nie do przyjęcia. **Podjęcie takich działań przez Ministra Zdrowia nie tylko kłóci się z ideą konsultacji społecznych, ale jest wręcz lekceważeniem partnerów społecznych.**

Trudno nam zrozumieć powody takiej decyzji, tym bardziej, że we wcześniej opiniowanych projektach rozporządzenia ustawodawca dążył do ograniczenia składu liczbowego komisji na wspomniane stanowiska. Dowodem na to są opinie strony społecznej do powyższego projektu, w których nikt z opiniujących nie wniósł propozycji poszerzenia składu komisji konkursowej. Nie po raz pierwszy nie dano nam szansy zabrania głosu we własnej sprawie, choć prawo obliuguje ustawodawcę do wysłuchania tego głosu. Jest to sprzeczne z zasadami przyzwoitej legislacji, o której mówi Trybunał Konstytucyjny w licznych orzeczeniach. Odnosimy wrażenie, że takie zapisy zmierzają do wyraźnej marginalizacji roli samorządów zawodowych.

16 LUT. 2012

BIURO MINISTRA

Pozostaje nam wyrazić nadzieję, że w tym przypadku doszło do pomyłki. Domagamy się niezwłocznej zmiany treści ww. rozporządzenia i uwzględnienia zapisów zawartych w pierwotnym jego projekcie.

Grażyna Rogala-Pawelczyk

Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Maciej Hamankiewicz

Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
REGIONU SIEDLECKIEGO

Siedlce, dnia 20.02.2012 r.

Pan Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

Stanowisko
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach
z dnia 20 lutego 2012 r.
w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na kierownicze stanowiska w podmiocie leczniczym
niebędącym przedsiębiorcą.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach po zapoznaniu się z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, stanowczo przeciwstawia się zapisom, które zostały zawarte w §10 pkt 4 lit. b, pkt 5 lit. b w.w. rozporządzenia.

Wprowadzenie powyższych regulacji, przy jednoczesnym ograniczeniu ilości członków komisji konkursowej wskazywanych przez okręgową radę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego, świadczy o ignorowaniu strony samorządowej, która powinna mieć swój udział i być partnerem w przeprowadzaniu postępowań konkursowych.

Należy pamiętać, że zgodnie z Ustawą z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (art. 2 ust. 1), „samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.

Do zadań samorządu (art. 4 ust. 2 pkt 7) należy „przewodniczenie i uczestnictwo jego przedstawicieli w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie lub położnicze oraz na inne stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych”

Mając na uwadze powyższe regulacje ORPiP w Siedlcach wyraża stanowczy sprzeciw wobec zapisów mającego obowiązywać rozporządzenia, które ogranicza prawo członków samorządu dając jednocześnie przyzwolenie do działań, które wypaczają ideę konkursu.

Członkowie ORPiP w Siedlcach liczą na ponowną analizę cytowanego rozporządzenia i wprowadzenie zmian zgodnie z oczekiwaniami i stanowiskiem przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Sekretarz ORPiP

(-) Zofia Czyż

Przewodnicząca ORPiP

(-) Hanna Sposób

Do wiadomości:

- 1) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
- 2) Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych
- 3) Krzysztof Wawrzyniec Borkowski – Poseł na Sejm RP
- 4) Jacek Kozaczyński – Poseł na Sejm RP
- 5) Stanisława Przódka – Posłanka na Sejm RP
- 6) Krzysztof Tchórzewski – Poseł na Sejm RP



Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego

oraz

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych

zapraszają na XXII Ogólnopolską Konferencję

Pielęgniarstwo psychiatryczne – integracja i rozwój

Konferencja odbędzie się w Warszawie dnia 28 września 2012

Tematyka Konferencji:

- Organizacja i zarządzanie w pielęgniarstwie psychiatrycznym
- Zagrożenia w pracy pielęgniarki psychiatrycznej
- Rozwiązania prawne w pielęgniarstwie psychiatrycznym
- Opieka pielęgniarska nad pacjentami w określonych stanach zaburzeń psychicznych
- Środowiskowe pielęgniarstwo psychiatryczne w praktyce
- Ochrona praw pacjenta psychiatrycznego
- Kształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego
- Supervizja i grupy samopomocy w pielęgniarstwie psychiatrycznym
- Varia

OPLATA:

- 150,00 zł - na konto Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego
02-703 Warszawa, ul. Pejzażowa 2 lok.1302
Polbank EFG – nr konta: 27 2340 0009 0080 2180 0000 0029
z dopiskiem – imię i nazwisko uczestnika – XXII,
- 100,00 zł - dla członków PSPiPP, którzy opłacili składki członkowskie za 2012 (60,00 zł) do 30 czerwca br.,
- 100,00 zł dla zgłoszeń grupowych - 10 osób i powyżej z jednego miejsca pracy. Sposób rejestracji bez zmian, a wybór tej oferty wymaga zgłoszenia mailowego na adres:
frpp@frpp.org.pl

WAŻNE TERMINY:

- nadsyłanie streszczeń i pełnych prac do 30 czerwca 2012
- wniesienie opłaty konferencyjnej do 29 lipca 2012
- liczba miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń!

ZGŁOSZENIA: tylko i wyłącznie poprzez rejestr elektroniczny - formularz na www.frpp.org.pl (kliknij aby wypełnić formularz),

Komitety organizacyjny:

Anna Dudek, Alicja Gos, Anna Kamińska, Bożena Kosińska, Wojciech Nyklewicz

SERDECZNIE ZAPRASZAMY!

KOMUNIKAT

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje, że organizuje **dla dzieci w wieku 6-12 lat, konkurs plastyczny „Pielęgniarka w oczach dziecka”**.

Zadaniem konkursowym jest wykonanie pracy w formacie A-3, w dowolnej technice plastycznej. Praca powinna być wykonana z materiałów trwałych gwarantujących odporność na zniszczenie w czasie transportu. Prace nie należy oprawiać. Najlepsze prace zostaną zaprezentowane na V Forum Funduszy Europejskich w dniach 11-12 maja 2012 r. w Warszawie oraz nagrodzone w trzech kategoriach wiekowych:

- Dzieci 6-8 lat, - Dzieci 9-10 lat, - Dzieci 11-12 lat.

Prace podpisane wraz z wypełnionym Formularzem zgłoszeniowym należy dostarczyć osobiście lub przesać na adres: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, ul. Pawińskiego 5A, 02-106 Warszawa, z dopiskiem Konkurs „Pielęgniarka w oczach dziecka”.

Wzór formularza znajduje się na stronie internetowej Centrum www.ckppip.edu.pl. Informacja o werdykcie konkursu zostanie przekazana drogą telefoniczną oraz elektroniczną.

Termin nadsyłania prac upływa 30 kwietnia 2012 r.



**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
OGŁASZA
II OGÓLNOPOLSKI KONKURS**

dla studentów

**na Najlepszego Film
Promującego Zawód Pielęgniarki w Polsce**



„Przedmiotem Konkursu jest wyłonienie najlepszych filmów promujących zawód pielęgniarki w Polsce. Film powinien zwracać uwagę na rolę społeczno-zawodową pielęgniarki/pielęgniarskiego oraz pielęgniarskie funkcje zawodowe, być formą przekazu informacji o znaczeniu zawodu pielęgniarki w ochronie zdrowia społeczeństwa, jak również powinien stanowić próbę zachęcenia młodych ludzi do studiowania pielęgniarstwa wraz z ukazaniem różnych możliwości rozwoju zawodowego.”

Regulamin konkursu jest na stronie www.ptp.na1.pl

Uczestnicy konkursu, powinni wypełnić formularz zgłoszeniowy i przesać wraz z filmem nagrany na nośniku DVD oraz innymi dokumentami wymaganymi przez regulamin konkursu na adres:

**Al. Reymonta 8 lok. 12, 01-842 Warszawa
z dopiskiem „Studencki konkurs filmowy”**



Termin nadsyłania zgłoszeń wraz z filmem: 15.11.2012 r.

Wyniki konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej do dnia 30 listopada 2012 roku na stronie

Organizatora Konkursu: www.ptp.na1.pl





POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIARSKIE

INFORMACJA PRASOWA

w sprawie
II Konkursu Filmowego dla studentów
na Najlepszego Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce
 organizowanego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny

Szanowni Państwo,

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie ogłasza II Ogólnopolski Konkurs dla studentów na **Najlepszego Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce**.

Zgodnie z Regulaminem uczestnikami Konkursu mogą być studenci studiów pierwszego i drugiego stopnia różnych kierunków i specjalności.

Celem Konkursu jest ukazanie pielęgniarstwa jako samodzielnego, wolnego zawodu, którego unikatową cechą jest asystowanie człowiekowi w podejmowaniu tych wszystkich aktywności, które mają znaczenie dla zachowania zdrowia społeczeństwa i kontynuowania opieki ponad granicami.

Celem Konkursu jest także upowszechnienie zawodu oraz kierunku studiów, dzięki któremu można wykonywać autonomiczny zawód, związany z nauczaniem czy prowadzeniem prac badawczo – naukowych. Reklama wizerunku stworzona przez osoby będące na starcie drogi do kariery zawodowej w pielęgniarstwie.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie od 2009 r. prowadzi nieustające działania mające na celu promowanie zawodu poprzez zawód zamawiany czy też konkursy przeznaczone tak dla studentów jak i pielęgniarek. Należy dołożyć wszelkich starań, by zachęcić młode osoby do podjęcia studiów w prestiżowym zawodzie medycznym, docenianym przez specjalistów ochrony zdrowia, a przede wszystkim klientów – pacjentów – odbiorców naszych usług.

Pokażmy, że warto wybrać tę ścieżkę kariery, warto dołączyć do ponad 13 mln grona pielęgniarek na całym świecie, warto wykonywać go, aby pomagać tym wszystkim dla których zawód ten został stworzony.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Warszawa , 10 lutego 2012 roku

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny www.ptp.na1.pl
 Reymonta 8 lok 12 tel. +48 22 398 18 72; fax : + 48 22 398 18 51; email: zgptpiel@gmail.com;
 osoba do kontaktu: Dorota Kilańska prezes ZG PTP email: zgptpiel@gmail.com

OPP

17/

KRS 0000065610

**Regulamin Konkursu
Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
dla studentów
na Najlepszego Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce**

**Rozdział I.
Postanowienia Ogólne**

§ 1

Tworzy się regulamin konkursu dla studentów na film promujący zawód pielęgniarki w Polsce.

§ 2

Konkurs odbywa się na zasadach określonych niniejszym regulaminem oraz zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

**Rozdział II
Organizator, Patronat medialny**

§ 3

Inicjatorem i Organizatorem Konkursu jest Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

§ 4

Patronat Medialny Konkursu obejmuje Zarząd Główny Towarzystwa.

**Rozdział III
Przedmiot Konkursu**

§ 5

Przedmiotem Konkursu jest wyłonienie najlepszych filmów promujących zawód pielęgniarki w Polsce.

**Rozdział IV
Warunki uczestnictwa w Konkursie**

§ 6

1. Uczestnikami Konkursu mogą zostać studenci studiów pierwszego i drugiego stopnia różnych kierunków i specjalności.
2. Uczestnicy Konkursu, powinni wypełnić formularz zgłoszeniowy, stanowiący załącznik **Nr 1 do niniejszego Regulaminu** i przesłać wraz z filmem nagrany na nośniku DVD oraz innymi dokumentami wskazanymi w **§ 7, ust. 1** do siedziby Zarządu Głównego Towarzystwa na adres Al. Reymonta 8 lok 12, 01-842 Warszawa z dopiskiem „*Studencki konkurs filmowy*”.
3. Termin nadsyłania zgłoszeń wraz z filmem: **15.11.2012 roku.**

**Rozdział V
Zasady przygotowania filmu**

§ 7

1. Film zgłoszony do udziału w konkursie powinien być dziełem autorskim studentów. Dlatego do filmu powinien zostać dołączony **scenariusz** podpisany przez autorów - uczestników Konkursu. Ponadto do dokumentów, należy dołączyć oświadczenie podpisane przez ww. autorów – wzór oświadczenia stanowi **załącznik Nr 2** do niniejszego Regulaminu.
2. Czas trwania filmu od 5 do 15 minut.
3. Film powinien zwracać uwagę na rolę społeczno-zawodową pielęgniarki/pielęgniarskiej oraz pielęgniarskie funkcje zawodowe (f. opiekuńczą, f. wychowawczą, f. terapeutyczną, f. rehabilitacyjną, f. promocji zdrowia, f. zarządzania i f. naukowo-badawczą), być formą przekazu informacji o znaczeniu zawodu pielęgniarki w ochronie zdrowia społeczeństwa, jak również powinien stanowić próbę zachęcenia młodych ludzi do studiowania pielęgniarstwa wraz z ukazaniem różnych możliwości rozwoju zawodowego.

**Rozdział VI
Zasady wyboru najlepszego filmu**

§ 8

1. Najlepszy film zostanie wyłoniony przez Komisję Konkursową.
2. Komisja Konkursowa zostanie powołana uchwałą Zarządu Głównego Towarzystwa.
3. Zadaniem Komisji Konkursowej będzie ustalenie kryteriów oceny.
4. Z posiedzenia Komisji Konkursowej zostanie sporządzony protokół, zawierający przebieg głosowania, nazwiska osób nagrodzonych, tytuł filmu oraz przyznane nagrody.

**Rozdział VII
Nagrody**

§ 9

1. Dla Laureatów I, II i III miejsca Konkursu przewidziane są nagrody.

**Rozdział VIII
Ogłoszenie wyników i przekazanie nagród**

§ 10

1. Wyniki Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej do dnia 30 listopada 2012 roku.
2. Ogłoszenie wyników Konkursu nastąpi w drodze publikacji komunikatu pod adresem Organizatora Konkursu: www.ptp.na1.pl.
3. Lista osób nagrodzonych zostanie przekazana do mediów oraz do macierzystej uczelni.
4. Nagrody, o których mowa w § 9, zostaną wręczone w terminie wskazanym przez organizatora.

Konkurs...

Rozdział IX
Postanowienia końcowe
§ 11

1. Regulamin Konkursu jest udostępniony na stronie internetowej organizatora Konkursu pod adresem: www.ptp.na1.pl oraz w siedzibie Zarządu Głównego Towarzystwa, pod adresem: **Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa.**
2. Zastrzega się, że prace nadesłane na Konkurs nie będą zwracane.
3. Każdy uczestnik Konkursu poprzez przystąpienie do Konkursu oraz podpisanie zgody na przetwarzanie danych osobowych akceptuje warunki Regulaminu.
4. Filmy udostępnione Organizatorowi będą wykorzystywane w celu wyłonienia laureatów Konkursu.
5. Organizator zastrzega sobie prawo do publikowania imion, nazwisk, zdjęć i informacji o laureatach Konkursu, a także informacji o nagrodzonych filmach.
6. Zwycięzcy Konkursu przenoszą na Organizatora autorskie prawa majątkowe do filmów, co wiąże się z nieograniczonym w czasie korzystaniem i rozporządzeniem przez Organizatora filmem, a także:
 - a) wykorzystania filmu w jakiegokolwiek działalności Organizatora,
 - b) utrwalania i zwielokrotniania egzemplarzy filmu,
 - c) publicznej prezentacji filmu,
 - d) rozpowszechniania filmu,
 - e) wprowadzania filmu do pamięci komputera i umieszczania w sieci Internet,
7. W przypadku otrzymania przez Organizatora informacji, po lub przed przyznaniem nagrody wskazanej w Regulaminie, że nagrodzony film stanowi plagiat, lub że w jakikolwiek sposób zostały naruszone postanowienia Regulaminu, organizatorowi przysługuje prawo do:
 - a) odmowy przekazania nagrody danemu uczestnikowi,
 - b) podjęcia decyzji o nie przyznawaniu nagrody w konkursie,
 - c) w przypadku nagród już przyznanych – odebrania przyznanej nagrody.
 - d) podanie do publicznej wiadomości wyjaśnień, co do zaistniałej sytuacji.
8. We wszystkich sprawach nieuregulowanych w Regulaminie, mają zastosowanie ogólnie obowiązujące przepisy prawa, w tym: ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku - Kodeks Cywilny (Dz. U. Nr 64, poz. 93 ze zm.), ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.), ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2006r. Nr 90, poz. 631 ze zm.).

Regulamin został przyjęty uchwałą Zarządu Głównego nr 69/XV/2012 z dnia 9 lutego 2012 roku.

Załączniki:

- 1) Formularz zgłoszeniowy na Konkurs ZG PTP dla studentów na Najlepszego Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce (str.1)
- 2) Oświadczenie o prawach autorskich do filmu (str.1)

nowość III

Już od 01 stycznia 2012 nowe obowiązkowe OC Pielęgniarki i Położnej.
Zapewniamy kompleksową ochronę Twoich indywidualnych potrzeb!

**Nowe obowiązkowe ubezpieczenie
OC Pielęgniarki i Położnej:**

- zastępuje dotychczasowe ubezpieczenia obowiązkowe
- podwyższa sumy gwarancyjne
- konieczne dla Pielęgniarek lub Położnych pracujących na kontrakcie lub prowadzących praktykę pielęgniarską lub podmiot leczniczy.



**Kompleksowy pakiet ubezpieczeń
INTER dla medycyny**

- ☐ Obowiązkowe ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej
- ☐ Dobrowolne ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej – rozszerzające zakres ochrony na wszystkie czynności medyczne, niezależnie od miejsca ich świadczenia, czy też formy zatrudnienia.

- ☐ Ochrona prawna dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny
- ☐ Świadczenie pieniężne w przypadku przerwy w wykonywaniu zawodu (INTER Kontrakt)
- ☐ Ubezpieczenie skutków ekspozycji na materiał zakaźny (HIV/WZW),
- ☐ Ochrona majątku praktyki pielęgniarskiej (INTER Partner)
- ☐ Ubezpieczenia w życiu prywatnym: Dom, Mieszkanie, Turystyka (INTER Lokum, INTER Tour)

Zaznacz, jaka ochrona jest ważna w Twojej praktyce pielęgniarskiej.

Skontaktuj się z naszym doradcą ubezpieczeniowym, który dobierze odpowiednią dla Ciebie polisę.



INTER Polska od 20 lat jest partnerem ubezpieczeniowym Pielęgniarek i Położnych. Posiadamy rekomendację Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Sprawdź naszą ofertę!

www.interpolska.pl

TU INTER Polska S.A.
Pietrasik Sylwia
ul. Kilińskiego 16
08-110 Siedlce
tel. 25 632 31 67
mail: sylwapietrasik@op.pl

TU INTER Polska S.A.
Kanicka Danuta
ul. Bolesława Chrobrego 3 m 6
08-110 Siedlce
tel. 501 393 461
mail: kanicka@wp.pl

TU INTER Polska S.A.
Teresa Błaszczyk
tel. 606 690 529
mail: teresa.blaszczyk@interpolska.pl

inter
UBEZPIECZENIA



BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH REGIONU SIEDLECKIEGO

Nr 33/VI/2/2012

Biuletyn OIPIP – egzemplarz bezpłatny

Nakład: 400 egzemplarzy

Biuletyn adresowany jest do wszystkich pielęgniarek i położnych,
członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Redaguje zespół w składzie:

*Hanna Sposób, Zofia Czyż,
Edyta Mączarska, Maria Baran*

Skład komputerowy:

Łukasz Mularczyk

Adres redakcji:

Biuletyn Informacyjny OIPIP

Ul. Młynarska 17

08-110 Siedlce

tel: (25) 632-84-35, tel/fax: (25) 632 54 10



Biurowizacja czynna: Pn. Wt. Czw. Pt. 8:00-17:00; Śr. 8:00-15:35

Rejestr Pielęgniarek i Położnych: Wt.- Pt. 8:00-13:00

Porady Prawne: Śr. 11:00-12:00

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych posiada stronę internetową:

www.oipip.siedlce.ikk.pl, pocztę e-mail: oipip.siedlce@ikk.pl

Konto bankowe: 58 1020 4476 0000 8402 0016 8518

Państwowa Inspekcja Pracy Oddział Siedlce

Ul. Brzeska 97, tel: (25) 632 80 59

<http://www.oipip.siedlce.ikk.pl>